

MAINLAND DENTAL ASSOCIATES
PATIENT REGISTRATION (PLEASE PRINT)
REGISTRO DEL PACIENTE (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

DATE _____ **HOME TELEPHONE ()** _____ **CELL PHONE ()** _____
 Fecha Telefono Particular Celular

PATIENT _____
 Paciente **LAST NAME** _____ **FIRST NAME** _____ **MIDDLE INITIAL** _____ **PREFERRED** _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido

STREET ADDRESS _____ **CITY** _____ **STATE** _____ **ZIP** _____
 Direccion-Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

E-MAIL ADDRESS _____
 Direccion de correo electronico

SEX: _____ **M** _____ **F** _____ **AGE** _____ **BIRTHDATE** _____ **SINGLE** _____ **MARRIED** _____
 Sexo Edad Focha de nacimiento Soltero(a) Casado(a)

DRIVERS LICENSE NUMBER _____
 Numero de la licencia de conductore

EMPLOYED BY _____ **OCCUPATION** _____
 Empleado(a) por Ocupacion

BUSINESS ADDRESS _____ **BUSINESS TELEPHONE ()** _____
 Direccion del empleador Telefono del empleador

GUARANTOR (Person Responsible for this account) _____
 Nombre de la persona que es responsable por esta cuenta **LAST NAME** _____ **FIRST NAME** _____ **MIDDLE INITIAL** _____
 Apellido Primer Nombre Inicial

HOME TELEPHONE () _____ **CELL PHONE ()** _____
 Telefono Particular Celular

ADDRESS _____ **DRIVERS LICENSE NUMBER** _____
 Direccion Numero de la licencia de conductore

PRIMARY INSURANCE Seguro # 1	SECONDARY INSURANCE Seguro # 2
NAME OF DENTAL INS. _____ Nombre de la compania del seguro dental	NAME OF DENTAL INS. _____ Nombre de la compania del seguro dental
SUBSCRIBER NAME _____ Nombre de suscriptor	SUBSCRIBER NAME _____ Nombre de suscriptor
EMPLOYER _____ Empleado(a)	EMPLOYER _____ Empleado(a)
SS# _____ Nombre de seguro social	SS# _____ Nombre de seguro social
D.O.B. _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento	D.O.B. _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento

EMERGENCY CONTACT NAME _____
 En caso de emergencia Nombre

TELEPHONE () _____ **REFERRED BY** _____
 No. de telefono Referido por

**FINANCIAL AGREEMENT
ACUERDO FINANCIERO**

I ACKNOWLEDGE THAT PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF TREATMENT, UNLESS OTHER ARRANGEMENTS ARE MADE. I AGREE THAT PARENTS/GUARDIANS ARE RESPONSIBLE FOR ALL FEES AND SERVICES RENDERED FOR TREATMENT OF A MINOR/CHILD. I ACCEPT FULL FINANCIAL RESPONSIBILITY FOR ALL CHARGES NOT COVERED BY INSURANCE.

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/nino. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

DATE
Fecha

SIGNATURE OF INSURED/GUARDIAN
Firma del asegurado/tutor

ASSIGNMENT AND RELEASE

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

I, THE UNDERSIGNED, HAVE INSURANCE WITH _____

Yo, el suscrito, tengo seguro con

NAME OF INSURANCE COMPANY (IES)

Nombre de las(s) compania(s) de seguros

AND ASSIGN DIRECTLY TO MAINLAND DENTAL ASSOCIATES ALL BENEFITS, IF ANY, OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I HEREBY AUTHORIZE THE DOCTOR TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF BENEFITS. I AUTHORIZE THE USE OF THIS SIGNATURE ON ALL MY INSURANCE SUBMISSIONS WHETHER MANUAL OR ELECTRONIC.

Y traspaso directamente al Mainland Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagados a mi por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electronicamente.

DATE
Fecha

SIGNATURE
Firma

MINOR/CHILD CONSENT

I, BEING THE PARENT OR GUARDIAN OF _____ **DO HEREBY REQUEST AND**

NAME OF MINOR/CHILD

AUTHORIZE THE DENTAL STAFF TO PERFORM NECESSARY DENTAL SERVICES FOR MY CHILD INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, X-RAYS, AND ADMINISTRATION OF ANESTHETICS WHICH ARE DEEMED ADVISABLE BY THE DOCTOR, WHETHER OR NOT I AM PRESENT AT THE ACTUAL APPOINTMENT WHEN THE TREATMENT IS RENDERED.

DATE

SIGNATURE OF INSURED/GUARDIAN

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NINO

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente solicito del y autorizo al personal dental que preste

NOMBRE DEL MENOR/NINO

los servicios dentales necesarios para mi nino, incluyendo pero no limitados a, radiografias y la administracion de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo este presente o no en la cita denta cuando el tratamiento se lleve a cabo.

FECHES

FIRMA DEL ASEGURADO/TUTOR