



Fax: 630-858-6204

Lance Lambert DDS PC

Dentista de Niños

Registro Familiar

Bienvenido a nuestro consultorio. Por favor complete éste registro. Si tiene alguna pregunta, por favor hágalo.

Fecha de hoy _____ ¿A quien debemos agradecerle por recomendarle nuestro consultorio? _____

Informe acerca de usted. (Madre, Padre o apoderado)

Nosotros pondremos su nombre en nuestra contabilidad financiera para el tratamiento de un plan autorizado por usted.

Su nombre Sr. Sra. Srta. Dr. _____ nombre _____ apellido _____ fecha de nacimiento _____ mes/ día / año

Dirección _____ calle _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Teléfono del trabajo o número celular (_____) _____

Información acerca de otro apoderado

Nombre de él o ella Sr. Sra. Srta. Dr. _____ nombre _____ apellido _____ fecha de nacimiento _____ mes / día / año

Dirección _____ calle _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Teléfono del trabajo o número celular (_____) _____

Información acerca de su hijo(a)

Nombre del paciente niño. niña. _____ Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Mes / día / año

Informe económico

Usted debe cancelar la cuenta al tiempo de la consulta al menos que haya hecho un acuerdo con la recepcionista. Aceptamos pagos en efectivo, cheque personal o tarjeta de crédito (VISA, MasterCard, o Discover). Tenemos los mismos precios por nuestro servicio a pesar de tener seguro. Podemos presentar los reclamos al seguro por usted y aceptar el pago de ellos directamente a nuestra oficina. Si usted quiere que nosotros reclamemos al seguro necesitamos la información abajo. Usamos las normas de HIPPA para asegurar la privacidad de sus datos. Una vez que su información de seguro es archivado con nosotros, y usted quiere registrar otro hijo, por favor infórmele a la recepcionista y usaremos esa información.

Registro de Seguro

Por favor recuerde que usted tiene la responsabilidad por la cuenta de su hijo a pesar del nivel de cobertura de su compañía de seguro.

Por favor lea el panfleto de nuestro consultorio para los detalles de nuestra modalidad de pago. Si usted tiene dos compañías de seguro que lo cubren, por favor use una segunda página y indique cuál es el seguro principal y cuál es el segundo.

Si tiene alguna pregunta por favor hágalo a nuestra recepcionista. Muchas gracias.

Adulto que tiene el seguro del niño

Nombre _____ nombre _____ apellido _____ fecha de nacimiento _____ mes/ día / año

Dirección _____ calle _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Teléfono (_____) _____ ID Número or Seguro Social _____

Nombre del empleo _____

Dirección _____ calle _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Teléfono (_____) _____ Número de Fax (_____) _____

Nombre del plan de seguro _____ Número del Grupo _____

Compañía de seguro dental _____ Número del pago electrónico _____

Dirección _____ calle _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Teléfono (_____) _____ Número de Fax (_____) _____

