



Poiset and Associates

Pediatric Dentistry an Orthodontics

Mitchell Poiset, DDS•Shay Brannan, DDS•Kevin Menzie, DMD, MS•Brett Parks, DDS

7930 Frost Street, Suite 101

San Diego, CA 92123

Phone 858-492-9977

Fax 858-492-9910

Orthodontics 858-810-7387

www.poisetandassociates.com

Nombre del niño(a): _____ Fecha de hoy: _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? Médico _____ Dentista _____ Amigo(a) _____ Otro _____

Información de los Padres

*Dr. *Sr. *Sra. *Srta.

Nombre : _____ Relación con el niño(a) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Célular _____ Teléfono de Trabajo: _____

Núm. de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dentista de los Padres: _____

Estado Civil: *Casado(a) *Divorciado(a) *Separado(a) *Viudo(a) *Soltero(a)

Información de los Padres

*Dr. *Sr. *Sra. *Srta.

Nombre : _____ Relación con el niño(a) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Célular _____ Teléfono de Trabajo: _____

Núm. de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CódipiPostal: _____

Dentista de los Padres: _____

Estado Civil: *Casado(a) *Divorciado(a) *Separado(a) *Viudo(a) *Soltero(a)

Información de Seguro

Seguro Primario

Asegurado: _____

Dirección(Si es diferente a la anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Núm. De Seguro Social: _____

Núm. De ID de Seguro Dental: _____ Núm. De Plan: _____

Compañía de Seguro Dental: _____

Núm. De Teléfono- Compañía de Seguro Dental: _____

Seguro Secundario

Asegurado: _____

Dirección(Si es diferente a la anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Núm. De Seguro Social: _____

Núm. De ID de Seguro Dental: _____ Núm. De Plan: _____

Compañía de Seguro Dental: _____

Núm. De Teléfono- Compañía de Seguro Dental: _____

Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los tratamientos dentales y medicamentos proporcionados a mi hijo(a). Entiendo que mi compañía de Seguro Dental puede pagar menos de lo estimado por los servicios prestados a mi hijo(a). Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos sean o no pagados por mi compañía de Seguro Dental. Asigno directamente a Poiset y Asociados todos los beneficios dentales otro modo pagadero a mi por los servicios prestados a mi hijo(a).

Entiendo que un cargo financiero de 0.83% por mes se Añadirá a todos los más de 90 días. Si la acción. Legal y/o la asignación a un abogado o agencia de cobranza fuera necesaria, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de colección, incluyendo los costos judiciales, comisiones de agencia de colección y costos honorarios de abogado.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Aviso de Normas de Privacidad

He revisado el documento titulado "Aviso de normas de privacidad" para Poiset y Asociados. Entiendo y estoy de acuerdo con el contenido de este documento específicamente el párrafo 1A.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Autorización para Compartir Información De Salud

Autorizo a los medicos y al personal de Poiset y Asociados para obtener, usar y revelar la información de salud para llevar a cabo el saldos de información de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de de pago y operaciones de atención médica. Esta información incluye, pero no está limitado al historial de salud de mi hijo, registros de diagnóstico, el diagnóstico y el tratamiento proporcionado.

Firma del Padre/Tutor

Fecha