

Nombre del niño
Fecha de nacimiento
Numero de seguro social

Para poder mandar la factura directamente al seguro dental, por favor de llenar toda la informaci

Nombre del padre	Nombre de madre
Numero de seguro social	Numero de seguro social
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Numero telefonico	Numero telefonico
Dirreccion (si es diferente)	Dirreccion (si es diferente)
Ciudad/Estado/Codigo postal	Ciudad/Estado/Codigo postal
Empleador	Empleador
Portador de seguro dental	Portador de seguro dental
Numero del contrato/Grupo	Numero del contrato/Grupo

El niño esta cubierto por medicaid? Si No

Numero de medicaid

Al firmar abajo autorizo al personal dental, con mi consentimiento cualquier servicios dental necesario durante el diagnostico seguro que pagan directamente al dentista y tambien a mi responsabilidad. Entiendo que es posible que mi seguro no pague que es mi responsabilidad por cualquier saldo pendiente. Ademas entiendo que soy responsable por cargos adicionales, incluidos abogados.

E estado informado y entiendo que bajo la ley de 'Portabilidad y Responsabilidad del 1996', yo tengo ciertos derechos de privacidad protegida. Yo entiendo que es esta informacion que se puede usar para:

- a) Propocionar y coordinar el tratamiento de mi hijo entre los multiples proveedores que pueden estar involucrados en directamente e indirectamente.
- b) Obtener el pago de terceros pagadores.
- c) Realizar las operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de calidad, actividades de mejoramiento y cambios.

Yo reconozco que me han ofrecido su *Notificacion de Practicas Privadas* conteniendo una descripcion mas completa de los servicios de mi hijo. Yo entiendo que esta organizacion tiene el derecho de cambiar su *Notificacion de Practicas Privadas* de vez en cuando momento para obtener una copia reciente. Ademas entiendo que puedo solicitar por escrito que restringen como la informacion para realizar el tratamiento, pago u operaciones de salud. Entiendo que esta organizacion no esta obligado a aceptar mis restricciones entonces estan obligados a cumplir con tales restricciones.

Firma

Nombre (escrito)

Para las proximas citas, preferia que le comunicamos por:

Correo electronico a:

Postal a direccion de padre

Postal a direccion de madre



on que sigue

co y tratamiento. Tambien autorizo y solicito mi
a toda la cuenta por los servicios y estoy de acuerdo
:luyendo las agencias de cobro, costos judiciales, y

ivacidael por lo que se refiere a mi informacion de

el tratamiento

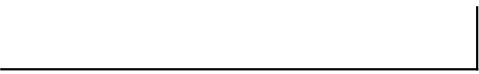
rtificacion de medico.

usos y divulgaciones de information del salud de mi
) y que yo los puedo contactar en cual quier
acion de salud de mi hijo sea utilizada o divulgada
estricciones solicitadas, pero si estan de acuerdo,

Fecha

--

--



Favor de completar el otro lado 