



**SIMPSON
ORAL AND
MAXILLOFACIAL
SURGERY**

Brian Simpson, D.M.D.
Diplomat of the American Board of Oral and Maxillofacial Surgery
Practice Limited to Oral and Maxillofacial Surgery
113 North Middletown Road, Nanuet, NY 10954
Tel: (845) 623-3497 Fax: (845) 623-4039
E-mail: frontdesk@drbriansimpson.com
Website: www.drbriansimpson.com

BIENVENIDOS

Tenemos el compromiso de darles a nuestros pacientes el mejor servicio y cuidado.

Por favor disculpe alguna demora.

Le daremos la misma atención. ¡Gracias!

Información personal:

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ ****¡NO P.O. BOXES POR FAVOR!****
Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono: () _____ ***DEBE incluir*** Seguro Social _____-_____-_____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Hombre Mujer
Soltero Casado Divorciado Viudo El correo electrónico: _____
Nombre del dentista primario: _____ Número de teléfono de dentista: () _____-_____
Contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: () _____
Su número de teléfono después de la cirugía: _____

Empleador:

Nombre de empleador: _____ Número de teléfono: () _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

El Suscriptor:

¿Quién es responsable por los pagos?/¿De quién es el seguro?

Si Ud. es el suscriptor, continúe a la próxima parte.

Nombre: _____ Relación al paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono: () _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ # Seguro Social : ____-____-_____
Empleador: _____ Número de teléfono #: () _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Seguro Dental del paciente

<u>Seguro Primario</u>	<u>Seguro Secundario</u>	<u>Seguro Médico Primario</u>
Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____
Compañía de seguro: _____	Compañía de seguro: _____	Compañía de seguro: _____
# SS del asegurado: _____	# SS del asegurado: _____	# SS del asegurado: _____
# de ID/ Grupo: _____	# de ID/ Grupo: _____	# de ID/ Grupo: _____

****Si UD. tiene HMO O DMO, por favor notifique al recepcionista****

Autorización para mandar su historial médico

Yo autorizo al dentista a mandar a compañías de seguro u otros dentistas, cualquier información necesaria incluyendo diagnósticos y archivos de cualquier tratamiento o examen prestado a mí o a mi hijo/a durante el tratamiento dental. Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o grupo de dentistas, beneficios de seguro médico que me corresponde. Comprendo que la compañía de seguros puede pagar menos que el valor de los servicios dentales. Me comprometo a pagar por todos los servicios prestados a mí o a mis dependientes.

Firma del paciente o padre (de hijo/a menor)

Fecha