

Apple Valley Dental & Orthodontics

4309 West Nob Hill Boulevard
Yakima, WA 98908
(509) 823-4480

2100 South 14th Street
Union Gap, WA 98903
(509) 457-6300

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE PATIENT INFORMATION

Nombre _____
Name _____

Apellido Materno
Middle Initial

Apellido Paterno
Last

Apodo
Nickname

Dirección _____
Address _____

Calle
Street

Núm de apto.
Apt. #

Ciudad
City

Estado
State

Código Postal
Zip Code

Teléfono _____
Telephone _____

Casa
Home

Trabajo
Work

Cellular
Cell

Correo electrónico
E-Mail

Género circule una M / F _____
Gender M / F (circle one) _____

Fecha de nacimiento
Birthdate

Edad
Age

Núm. de Seguro Social
S.S. #

Lugar de empleo (o escuela) _____
Place of Employment (or school) _____

Nombre de uno de los padres o cónyuge _____
Parent or Spouse's Name _____

Empleador
Employer

Otros miembros de la familia _____
Other Family Members _____

¿A quién podemos dar las gracias por haberle recomendado nuestra oficina? _____
Whom may we thank for referring you to our office? _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

PARTE RESPONSABLE - INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO RESPONSIBLE PARTY - INSURANCE INFORMATION

Nombre de la persona financieramente responsable de este paciente _____
Name of person financially responsible for this patient _____

Género circule una M / F
Gender M / F (circle one)

Relación con el paciente _____
Relationship to patient _____

Fecha de nacimiento
Birthdate

Casado/Soltero (circule una)
Married/Single (circle one)

Dirección _____
Address _____

Calle
Street

Ciudad/Estado/Código Postal
City/State/Zip

Teléfono _____
Telephone _____

Casa
Home

Trabajo
Work

Cellular
Cell

Correo electrónico
E-Mail

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Nombre del asegurado _____
Name of Insured

Dirección _____
Address

Núm. de teléfono _____
Telephone #

Fecha de nacimiento/
Núm. de Seguro Social _____
Birthdate / S.S. #

Empleador _____
Employer

Compañía de seguro dental _____
Dental Ins. Co.

Núm. de seguro colectivo _____
Group #

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

Fecha: / Date: _____

Comentarios / Cambios: Comments / Changes: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA
EMERGENCY CONTACT INFORMATION

**LA PERSONA QUE SE DEBE CONTACTAR
QUE NO SEA DE LA FAMILIA INMEDIATA
EN CASOS DE EMERGENCIA.
PERSON TO CONTACT OUTSIDE OF
IMMEDIATE FAMILY IN CASE OF
EMERGENCY**

Nombre _____
Name

Núm. de teléfono _____
Telephone

Dirección _____
Address

Calle (Street)

Ciudad
City

Estado
State

Código Postal
Zip Code

CONSENTIMIENTO

Por la presente, el abajo firmante da autorización al Apple Valley Dental & Orthodontics (AVDO) para tomar radiografías, hacer modelos de estudio, fotografías, o usar cualquier otras ayudas diagnósticas que considera apropiadas para hacer un diagnostico completo de las necesidades dentales del paciente. También, doy autorización AVDO para que haga todos los tratamientos de cualquier clase, provea medicamento y terapia, que pudiera ser indicado. Yo entiendo que el uso de agentes anestésicos comprende ciertos riesgos. También, doy autorización que en vez de reembolsame a mí el pago de beneficios del seguro colectivo, se pague directamente a la oficina del dentista. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental y que los cobros llegan a ser pagaderos al momento cuando se prestan los servicios, a menos que se haya llegado a un acuerdo previo financiero. Yo entiendo que si se requiere financiamiento, se podrán obtener los informes de las agencias de crédito. Autorizo Orthobanc LLC, en nombre de AVDO, para obtener una copia de mi informe, de credito con el fin de examiner las opciones de dagos. El hacer una investigación credito por Orthobanc no alterará mí marca de credito.

CONSENT

The undersigned hereby authorized Apple Valley Dental & Orthodontics (AVDO) to take X-rays, study models, photographs, or any other diagnostic aids deemed appropriate by them to make a thorough diagnosis of the patient's dental needs. I also authorize AVDO to perform any and all forms of treatment, medication and therapy that may be indicated. I understand the use of anesthetic agents embodies a certain risk. I also authorize payment directly to the Dental Office of the group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am responsible for all cost of dental treatment and payment is due and payable at the time services are rendered unless financial arrangements have been made. I understand that if financing is required, credit-bureau reports may be obtained. I hereby authorize OrthoBanc, LLC, on behalf of AVDO, to obtain a copy of my credit report from a credit reporting agency for the purpose of considering payment options. NOTE: Obtaining an OrthoBanc credit recommendation does not alter the responsible party's credit score in any way.

**FIRM DE LA PARTE RESPONSABLE
SIGNATURE OF RESPONSIBLE PARTY**

X _____

Núm. de Seguro Social _____
S.S. #

Fecha _____
Date