****

**Ketchum/Hailey** 208.726.3132

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Inicial: \_\_\_\_\_Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient Name MI Last

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_

Birth Date Gender

Direccion de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Address

Direccion de envio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mailing Address

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employer Occupation Work Number

Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A quien podemos agradecer por la recomendación? \_\_\_\_\_\_\_

Dentist Name Whom may we thank for referring you?

¿Nombre del pariente más cercano que no vive contigo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of nearest relative not living with you Phone

***Información de la parte responsable***

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name DOB Email

Número de seguro social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SSN Phone

\*\* Si el paciente tiene beneficios de ortodoncia bajo su plan dental, tomaremos una copia de la tarjeta dental\*\*

Por la presente solicito que el pago de los beneficios de mi proveedor se realice en mi nombre a McMinn Orthodontics por los servicios que me brindan. Además, autorizo ​​que se use una copia de este acuerdo en lugar del original y autorizo ​​a cualquier poseedor de información sobre mí a divulgar a McMinn Orthodontics cualquier información para determinar estos beneficios. Entiendo que McMinn Orthodontics factura a terceros pagadores como cortesía, y soy totalmente responsable de todos los deducibles, coseguros y no permitidos y haré el pago a McMinn Orthodontics.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Patient Signature) Fecha (Date)