

DECLARACION DE DENTISTA

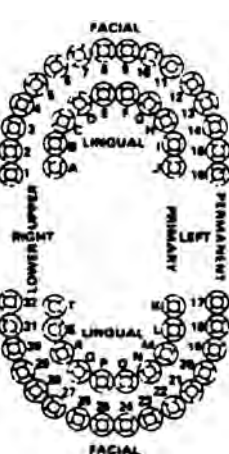
NORTH AMERICA ADMINISTRATORS P.O. Box 1984 Nashville, Tennessee 37202			EL ESTADO CIVIL DE EL ASEGURADO/A Verifique por favor uno: () Casado/a () Soltero/a () Viudado/a () Divorciado/a		
1. NOMBRE DE EL/LA PACIENTE		2. LA RELACION AL/LA EMPLEADO USTED ES POSO/A NIÑA/O OTRO/A		3. SEXO F M	
		4. NACIMIENTO PACIENTES. MES DIA AÑO		SI ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO ESCUELA CIUDAD	
6. NOMBRE DE EMPLEADO/A PRIMER NOMBRE		7. NO. DEL SEGURO SOCIAL DE EMPLEADO		8. EL NOMBRE DE EL GRUPO	
9. DIRECCION DE CORREO DE EL/LA EMPLEADO/A		10. EL EMPLEADOR (LA COMPANIA) EL NOMBRE Y LA DIRECCION			
LA CIUDAD, EL ESTADO, EL CODIGO POSTAL					
11. ¿SON EMPLEADOS OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA? NOMBRE DE EMPLEADO/A		12. NO. SEG. SOC.		NOMBRE Y DIRECCION DE EL EMPLEADOR EN EL ARTICULO 11	
13. ¿ES CUBIERTO EL/LA PACIENTE POR OTRO PLAN DENTAL?		NOMBRE DENTAL DE EL PLAN		UNION LOCAL NO. DE GRUPO NOMBRE Y LA DIRECCION DE PORTADOR	

HE REVISADO EL PLAN SIGUIENTE DEL TRATAMIENTO. AUTORIZO LA LIBERACION DE CUALQUIER INFORMACION QUE RELACIONA A ESTE RECLAMO.

YO POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE A EL DENTISTA DE EL GRUPO MENCIONADO ABAJO DEL SEGURO BENEFICIOS DE OTRO MODO PAGABLE A MI.

_____ FIRMA (PACIENTE O PADRE SI ES MENOR) _____ FECHA _____ FIRMA (PERSONA ASEGURADA) _____ FECHA

14. NOMBRE DE DENTISTA				22. ¿RESULTADO ES EL TRATAMIENTO COMO DE LA ENFERMEDAD O LA HERIDA DE LA OCCUPACION?		NO	SÍ	SÍ, ENTRA LA DESCRIPCION Y LAS FECHAS BREVES
15. DIRECCION DE CORREO				23. ¿RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE ACCIDENTE DEL AUTO?				
LA CIUDAD, EL ESTADO, EL CODIGO POSTAL				24. ¿OTRO ACCIDENTE?				
16. SEG. SOC. O T.I.N. DEL DENTISTA				17. NO. DEL DENTISTA LICENCIA		18. NO. DE DENTISTA TELEFONO		27. LA FECHA DE LA COLOCACION PREVIA
19. FECHA DE PRIMERA VISITA SERIE ACTUAL				20. LUGAR DE EL TRATAMIENTO OFICINA HOSP ECF OTRA		21. ¿RADIOGRAFOS O MODELOS INCLUIDOS?		
						25. ¿ES CUBIERTO CUALQUIER SERVICIO POR OTRO PLAN?		26. ¿SI PROTESIS, ES ESTO INICIAL O EL REEMPLAZO
								27. LA FECHA DE LA COLOCACION PREVIA
								28. ¿ES EL TRATAMIENTO PARA LA ORTODONCIA?
						SI SERVICIOS YA COMENZADO ENTRAN APARATOS		DE FECHA COLOCARON
								TRATAMIENTO DE MESES QUE QUEDA

IDENTIFIQUE DIENTES PERDIDOS CON "X"  DENTISTA <input type="checkbox"/> ESTIMACION DE PRE-TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> DECLARACION DE SERVICIOS VERDADEROS	29. PONGA EN ORDEN DESDE EL DIENTE NO. UNO HASTA EL DIENTE NO. 32 - USE EL SISTEMA DE CARTILLA MONSTRADO ABAJO							SOLO PARA EL USO ADMINISTRATIVO HONORARIOS A-B-C	
	EL DIENTE * O LA CARTA	SUPERFICIE	LA DESCRIPCION DE EL SERVICIO INCLUSIVE RADIOGRAFIAS, PROFILAXIS, MATERIAS UTILIZARON, ETC.)	FECHER EL SERVICIO REALIZADO MES DIA AÑO	NUMERO DE PROCEDIMIENTO	HONORARIO			
30. LAS OBSERVACIONES PARA SERVICIOS EXCEPCIONALES							TOTAL HONORARIO CARGO		

YO POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LOS PROCEDIMIENTOS COMO ESTA INDICADO POR LA FECHA SE HAN COMPLETADO.

_____ FIRMA (DENTISTA) _____ FECHA



Forma Aprobada por el Concilio en Programas Dentales de Cuidado del A.D.A. 1975

A	HONORARIOS @	
B	HONORARIOS @	
C	HONORARIOS @	
BENEFICIO TOTAL		
OTRO ADJ. DE SEG		
BENEFICIO NETO		