

**MAINLAND DENTAL ASSOCIATES**  
**PATIENT REGISTRATION (PLEASE PRINT)**  
**REGISTRO DEL PACIENTE (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)**

**DATE** \_\_\_\_\_ **HOME TELEPHONE ( )** \_\_\_\_\_ **CELL PHONE ( )** \_\_\_\_\_  
 Fecha Telefono Particular Celular

**PATIENT**  
 Paciente **LAST NAME** \_\_\_\_\_ **FIRST NAME** \_\_\_\_\_ **MIDDLE INITIAL** \_\_\_\_\_ **PREFERRED** \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido

**STREET ADDRESS** \_\_\_\_\_ **CITY** \_\_\_\_\_ **STATE** \_\_\_\_\_ **ZIP** \_\_\_\_\_  
 Direccion-Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**E-MAIL ADDRESS** \_\_\_\_\_  
 Direccion de correo electronico

**SEX:** \_\_\_\_\_ **M** \_\_\_\_\_ **F** **AGE** \_\_\_\_\_ **BIRTHDATE** \_\_\_\_\_ **SINGLE** \_\_\_\_\_ **MARRIED** \_\_\_\_\_  
 Sexo Edad Fecha de nacimiento Soltero(a) Casado(a)

**DRIVERS LICENSE NUMBER** \_\_\_\_\_ **SS#** \_\_\_\_\_  
 Numero de la licencia de conductor

**EMPLOYED BY** \_\_\_\_\_ **OCCUPATION** \_\_\_\_\_  
 Empleado(a) por Ocupacion

**BUSINESS ADDRESS** \_\_\_\_\_ **BUSINESS TELEPHONE ( )** \_\_\_\_\_  
 Direccion del empleador Telefono del empleador

**GUARANTOR (Person Responsible for this account)**  
 Nombre de la persona que es responsable por esta cuenta **LAST NAME** \_\_\_\_\_ **FIRST NAME** \_\_\_\_\_ **MIDDLE INITIAL** \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nombre Inicial

**HOME TELEPHONE ( )** \_\_\_\_\_ **CELL PHONE ( )** \_\_\_\_\_  
 Telefono Particular Celular

**ADDRESS** \_\_\_\_\_ **DRIVERS LICENSE NUMBER** \_\_\_\_\_  
 Direccion Numero de la licencia de conductor

PRIMARY INSURANCE Seguro # 1	SECONDARY INSURANCE Seguro # 2
<b>NAME OF DENTAL INS.</b> _____ Nombre de la compania del seguro dental	<b>NAME OF DENTAL INS.</b> _____ Nombre de la compania del seguro dental
<b>SUBSCRIBER NAME</b> _____ Nombre de suscriptor	<b>SUBSCRIBER NAME</b> _____ Nombre de suscriptor
<b>EMPLOYER</b> _____ Empleador(a)	<b>EMPLOYER</b> _____ Empleador(a)
<b>SS#</b> _____ Nombre de seguro social	<b>SS#</b> _____ Nombre de seguro social
<b>D.O.B.</b> _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento	<b>D.O.B.</b> _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento

**EMERGENCY CONTACT NAME** \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia Nombre

**TELEPHONE ( )** \_\_\_\_\_ **REFERRED BY** \_\_\_\_\_  
 No. de telefono Referido por

**FINANCIAL AGREEMENT  
ACUERDO FINANCIERO**

**I ACKNOWLEDGE THAT PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF TREATMENT, UNLESS OTHER ARRANGEMENTS ARE MADE. I AGREE THAT PARENTS/GUARDIANS ARE RESPONSIBLE FOR ALL FEES AND SERVICES RENDERED FOR TREATMENT OF A MINOR/CHILD. I ACCEPT FULL FINANCIAL RESPONSIBILITY FOR ALL CHARGES NOT COVERED BY INSURANCE.**

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/nino. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_  
DATE  
Fecha

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF INSURED/GUARDIAN  
Firma del asegurado/tutor

**ASSIGNMENT AND RELEASE**

**TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION**

**I, THE UNDERSIGNED, HAVE INSURANCE WITH \_\_\_\_\_**

Yo, el suscrito, tengo seguro con

\_\_\_\_\_  
NAME OF INSURANCE COMPANY (IES)

Nombre de las(s) compania(s) de seguros

**AND ASSIGN DIRECTLY TO MAINLAND DENTAL ASSOCIATES ALL BENEFITS, IF ANY, OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I HEREBY AUTHORIZE THE DOCTOR TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF BENEFITS. I AUTHORIZE THE USE OF THIS SIGNATURE ON ALL MY INSURANCE SUBMISSIONS WHETHER MANUAL OR ELECTRONIC.**

Y traspaso directamente al Mainland Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagados a mi por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electronicamente.

\_\_\_\_\_  
DATE  
Fecha

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE  
Firma

**MINOR/CHILD CONSENT**

**I, BEING THE PARENT OR GUARDIAN OF \_\_\_\_\_ DO HEREBY REQUEST AND**

NAME OF MINOR/CHILD

**AUTHORIZE THE DENTAL STAFF TO PERFORM NECESSARY DENTAL SERVICES FOR MY CHILD INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, X-RAYS, AND ADMINISTRATION OF ANESTHETICS WHICH ARE DEEMED ADVISABLE BY THE DOCTOR, WHETHER OR NOT I AM PRESENT AT THE ACTUAL APPOINTMENT WHEN THE TREATMENT IS RENDERED.**

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF INSURED/GUARDIAN

**CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NINO**

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por el presente solicito del y autorizo al personal dental que preste

NOMBRE DEL MENOR/NINO

los servicios dentales necesarios para mi nino, incluyendo pero no limitados a, radiografias y la administracion de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo este presente o no en la cita denta cuando el tratamiento se lleve a cabo.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO/TUTOR