

welcome

Ocean Dental

OD16 - 700E

Patient Name _____ Birthdate _____
Last First Middle Initial

Medicaid ID # _____ Male Female
Marital Status _____ Language _____ Ethnicity _____ Race _____

Parent/Legal Guardian Name (If Patient is a Minor) _____
Parent/Legal Guardian Name (If Patient is a Minor) _____

Home Address _____
City _____ State _____ Zip _____

Work Address _____

Telephone: Home # _____
Work # _____

Cell Phone # _____

Name of Nearest Relative not living with you _____
Phone # _____

Friend Name and Phone # _____

In case of emergency, please contact:

Name _____ # _____

How did you hear about Ocean Dental?

Email Address _____

MEDICAID/HEALTH CARE INFORMATION

Medicaid/Member ID Number _____

Patient's Social Security # _____

NOT APPLICABLE

DENTAL INSURANCE ADDITIONAL

If you have insurance other than Medicaid, complete the information below.

Insurance Cardholder's Name _____ Date of Birth _____

Place of Employment _____

Program or policy # _____

Social Security No. _____

CONSENT:

I give permission for Ocean Dental to provide any dental treatment they believe is necessary to maintain or improve the dental health of my child or myself. My consent to disclosure of records shall be effective until I revoke it in writing. I authorize payment directly to the dentist or dental group of insurance benefits otherwise payable to me. By providing a cell phone number and/or email address, you authorize Ocean Dental to contact you via text messaging and/or email.

Patient / Legal Guardian Signature _____ Date _____

REGISTRATION

bienvenido

Ocean Dental

OD16 - 700S

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Medicaid ID # _____ Masculino Femenino

Estado Civil _____ Lenguaje _____ Origen etnico _____ Raza _____

Nombre del Padre/Madre (si niño es menor de edad) _____
Nombre del Padre/Madre (si niño es menor de edad) _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección del Trabajo _____ Dirección del Trabajo _____

Teléfono - Hogar _____ Teléfono - Hogar _____

Trabajo _____ Trabajo _____

Celular _____ Celular _____

Nombre del Pariente mas cercano que no vive con usted _____

**INFORMACIÓN DE
MEDICAID/ SEGURO MÉDICO**

Teléfono _____
Número de identificación del seguro médico/miembro de Medicaid: _____

Nombre y teléfono de un amigo _____
Seguro social del paciente _____

**SEGURO DENTAL
ADICIONAL**

En caso de un emergencia, por favor de notificar a:

NO APLICABLE

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

¿Cómo oyó usted de Océano Dental?

El lugar del Empleo: _____ Años: _____

Dirección de e-mail _____

Número de programa ó la póliza: _____

Número del seguro social: _____

EL CONSENTIMIENTO:

Doy permiso a Ocean Dental para rendir cualquier tratamiento dental que sea necesario para mantener o mejorar mis condiciones dentales o las condiciones dentales de mis hijos. Mi consentimiento a la revelación de registros será efectivo hasta que yo lo revoque por escrito. Autorizo el pago directamente al dentista o el grupo dental de beneficios del seguro pagaderos de otra manera a mi. Al ofrecer un número de teléfono celular y / o dirección de correo electrónico usted autoriza Ocean Dental comunicarse con usted a través de mensajes de texto y / o correo electrónico.

Firma del Paciente/Guarda Legal _____ Fecha _____

INSCRIPCIÓN