



Klockner Road Office, 2929 Klockner Road, Hamilton Square, NJ 08690 (609) 586-6603

Merrill Lynch Campus, 1300 Merrill Lynch Drive 0301, Pennington, NJ 08534-4122 (609) 274-8484

Kuser Road Office, NJ Family Care, 2501 Kuser Road (2nd Floor), Hamilton Township, NJ 08691 (609) 689-1212

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL – SEGURO PRIMARIO

Nombre del (de los) paciente(s): _____

Dirección del (de los) paciente(s): _____

Nombre de la persona que tiene seguro: _____ Estado Civil: [] Soltero [] Casado [] Separado [] Divorciado

Dirección de residencia del empleado: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento del empleado: _____

* Si está separado o divorciado asegurarse de darle la dirección correcta y el número telefónico de la persona que tiene el seguro y con quien vive el paciente.

Número de Seguro Social del empleado: _____

Lugar de trabajo: _____

Número de grupo del seguro: _____

Número de identificación: _____ Fecha Efectiva: _____

Dirección de la Compañía del seguro dental: _____

Teléfono de la compañía de seguros #: _____

____ Yo Quiero este formulario enviado directamente a la compañía de seguros.

____ No Debe devolver el formulario de seguro de mi empleador.

Si se trata de un hijo dependiente de 18 años y todavía esta en la escuela, por favor, indique el nombre de la universidad a la que asiste: _____

* Traer la tarjeta de seguro a la cita ** **Traer la tarjeta de seguro a la cita**

SEGURO SECUNDARIA

Si el paciente está cubierto por un seguro adicional, por favor complete lo siguiente:

Nombre del (de los) paciente(s): _____

Dirección del (de los) paciente(s): _____

Nombre de la persona que tiene seguro: _____ Estado civil: [] Soltero [] Casado [] Separado [] Divorciado

Dirección de residencia del empleado: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento del empleado: _____

* Si está separado o divorciado asegurarse de darle la dirección correcta y el número telefónico de la persona que tiene el seguro y con quien vive el paciente.

Número de Seguro Social del empleado: _____

Lugar de trabajo: _____

Número de grupo del seguro: _____

Número de identificación: _____ Fecha Efectiva: _____

Dirección de la Compañía de seguro dental: _____

Teléfono de la compañía de seguros #: _____

____ Yo Quiero este formulario enviado directamente a la compañía de seguros.

____ No Debo devolver el formulario de seguro a mi empleador. HAMILTON DENTAL ASSOCIATES

He sido informado del plan de tratamiento y los costos asociados. Yo entiendo que soy responsable por todos los costos de los servicios dentales y de los materiales que no son pagados por mi seguro dental, a menos que lo prohíba la ley, o que el dentista tratante tiene un contrato con mi seguro que prohíbe todo o una porción de dichos costos. En la medida permitida por la ley, consiento al uso y divulgación de mi información de salud con el fin de realizar actividades de pago en conexión con este reclamo dental. Firma: _____ Date: _____

Yo autorizo el pago directo de los beneficios dentales, de lo contrario pagadero a mi, directamente a Hamilton Dental Associates

Firma: _____ Date: _____

Pediatrics - Irving Djeng, DDS, Lauren Levine, DMD **Orthodontics** - Michael DeLuca, DMD, Matthew Etter, DMD

Adult Dentistry - Kevin Collins, DDS, Deolinda Reverendo, DMD

www.hamiltontental.com