

Smile Connection
Patient Registration

Patient Name _____, _____ Date of Birth _____
Last First MI

Social Security _____ Marital Status _____ Sex _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Best time to call _____

Email _____

Emergency contact _____ Phone _____

I authorize use of this form on all my insurance submission. I authorize release of information to all my insurance companies. I understand that I am responsible for my bill. I authorize my doctors to act as my agent in helping me to obtain payment from my insurance companies. I authorize payment directly to my doctor. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. My signature also applies to dependents listed below.

Name of Responsible Party Signature Date

Informacion Sobre el Paciente

Nombre _____, _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Seguridad Social # _____ Estado civil _____ Sexo _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Telefono de la Casa _____ Numero de Celular _____

correo electrónico _____

nombre del contacto de emergencia _____ Numero de Telefono _____

Yo autorizo el uso de este documento en relacion con mi aseguranza. Yo autorizo el uso de mi informacion a todas las companias de mi aseguranza. Yo entiendo que yo soy responsable de mi cuenta. Yo autorizo que mi doctor y esta oficina actue como mi agente en ayudarme a obtener beneficios de mi aseguranza. Yo autorizo pago directo a mi doctor. Yo doy permiso para que una copia de este documento sea valida en lugar de el documento original. Mi firma aplica a los dependes cubiertos bajo la poliza com mi aseguranza.

Nombre de la parte responsable Firma Fecha