

Patient Forms

Patient Registration and Consent – Mobile Dental Unit



Patient Information:

Patient's Name: _____ DOB: ___/___/___ SSN: ___ - ___ - ___
Gender: Male Female
Race: White Native American Hispanic African American Other _____
Address: _____ City/State: _____ Zip: _____
Parent/Guardian Name: _____ Phone Number: _____
Email Address: _____

Insurance Information:

Sooner Care Information:

Member's Name: _____ Member #: _____

Dental Insurance:

Insurance Company _____ Group # _____
Address of Insurance Company: _____ MemberID# _____
Member Name: _____ Address: _____
Date of birth: ___/___/___ SS# ___ - ___ - ___ Contact phone # _____

***Important -Please bring your Insurance Card or copy of front / back sides of the insurance card – Thanks**

Health Information:

Current Medications: please list all including Name, Dosage, Frequency and Use:

Past Surgeries/Hospitalizations - Date and Reason:

Allergies: _____

Problems with: Heart Lungs Liver Kidney Other

Consent for Treatment:

Name of person giving consent, if different than Patient: _____

Relationship to Patient: Parent ___ Guardian ___ Other: _____

I give my consent for Variety Care and its staff members and providers to screen, examine and treat my child/ward for dental disease and provide any necessary preventative services to my child, even in my absence. I also give my consent for a member of my Child's school to be present with my child during any dental visits with Variety Care.

I authorize the release of any information necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement for these services. I agree to Variety Care's privacy practices and understand that I can view them at any time at <https://www.varietycare.org/notice-of-privacy-practices>.

I agree that this consent shall be valid for one year from the date it is signed or until _____, whichever is longer.

Signature: _____ Date: _____

Formularios del paciente

Registro y consentimiento del paciente - Unidad de Odontología Móvil



Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ F. de nac.: ___/___/___ N.º S.S.: ___-___-___
Género: Masculino [] Femenino []
Origen racial: Blanco [] Nativo americano [] Hispano [] Afroamericano [] Otro [] _____
Dirección: _____ Ciudad/estado: _____ Código Postal: _____
Nombre del padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Información del seguro:

Información de Sooner Care:

Nombre de la madre: _____ N.º de miembro: _____

Seguro dental:

Aseguradora _____ N.º de grupo _____
Dirección de la aseguradora: _____ N.º de ID. del miembro: _____
Nombre del miembro: _____ Dirección: _____
Fecha de nac.: ___/___/___ N.º de S.S. ___-___-___ Tel. de contacto _____

***Importante: traiga su tarjeta del seguro o copia del anverso/reverso de la tarjeta de seguro - Gracias**

Información de Salud:

Medicamentos actuales: indique todos, incluya el nombre, la dosis, la frecuencia y el uso:

Cirugías/hospitalizaciones - Fecha y motivo:

Alergias: _____

Problemas de: corazón [] pulmón [] hígado [] riñón [] otro []

Autorización para tratamiento:

Nombre de quien autoriza, si no es el paciente: _____

Relación con el paciente: padre ___ tutor ___ otro: _____

Autorizo a Variety Care y a sus empleados y proveedores a examinar y tratar a mi niño por enfermedades odontológicas y a proporcionarle cualquier servicio preventivo necesario, incluso en mi ausencia. Asimismo, autorizo a un miembro de la escuela de mi niño a estar presente con él durante las visitas al dentista de Variety Care.

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la responsabilidad de pago y recibir el reembolso por los servicios recibidos. Acepto las prácticas de privacidad de Variety Care y comprendo que puedo consultarlas en cualquier momento en <https://www.varietycare.org/notice-of-privacy-practices>.

Acepto que esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha de su firma o hasta _____, el plazo que sea más largo.

Firma: _____ Fecha: _____