



Population Health Services

P.O. Box 2347  
York, PA 17405

- Dentist's pre-treatment estimate
- Dentist's statement of actual services

WellSpan Population Health Dental

STAPLE X-RAYS TO FORM

EL EMPLEADO DEBE COMPLETAR LOS ARTICULOS DEL 1 AL 15											
1. NOMBRE DEL PACIENTE		2. RELACION CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> YO MISMO(A) <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A)		3. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		4. FECHA DE NAC. MES DIA AÑO		5. SI ES ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO MAYOR DE 19 AÑOS, ESCRIBA ESCUELA CIUDAD			
6. EMPLEADO/ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEG. NOMBRE		7. NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO				
8. DIRECCION DEL EMPLEADO CIUDAD, CODIGO POSTAL							9. NOMBRE DEL EMPLEADOR (COMPAÑIA) DIRECCION				
10. NUMERO DE GRUPO		SI EL PACIENTE ESTA CUBIERTO POR OTRO PLAN DENTAL, COMPLETE LOS ARTICULOS DEL 11 AL 15		11. FECHA DE NAC. DEL EMPLEADO MES DIA AÑO		12. NOMBRE DEL CONYUGUE:		13. FECHA DE NAC. DEL CONYUGUE MES DIA AÑO			
14. NOMBRE Y DIRECCION DEL SEGURO							15. # DEL SEGURO SOCIAL DE CONYUGUE				
NOMBRE DEL DENTISTA				EL TRATAMIENTO ES RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD O LESION OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		SI ES SI, ESCRIBA UNA BREVE DESCRIPCION Y LA FECHA					
DIRECCION				EL TRATAMIENTO ES RESULTADO DE ACCIDENTE DE AUTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI							
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL				OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI							
# DE SEGURO SOCIAL, NUM. FED. O NUM. DE IDENTIFICACION DEL DENTISTA		LICENCIA DEL DENTISTA		NUM DE TEL. DEL DENTISTA	SI ES PROTESIS ES ESTA UNA COLOCACION INICIAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	SI NO, ESCRIBA EL MOTIVO DEL REEMPLAZO  FECHA DE COLOCACION ANTERIOR					
FECHA PRIMERA VISITA SERIE ACTUAL	LUGAR DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> OTRO			RADIOGRAFIAS O MODELOS ADJUNTOS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI CANTIDAD		EL TRATAMIENTO ES PARA ORTODONCIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		SI LOS SERVICIOS YA EMPEZARON INGRESE LA FECHA EN QUE SE COLOCARON LOS BRACKETS  MESES DE TRATAMIENTO RESTANTES			
<b>REGISTRO DE EXAMEN Y TRATAMIENTO- LISTA EN ORDEN DEL DIENTE NO. 1 AL NO. 32. UTILICE EL SISTEMA DE GRAFICOS QUE SE MUETSTRA.</b>											
	NUMERO O LETRA DEL DIENTE	SUPERFICIES MOI DLF	DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS INCLUYE RADIOGRAFIAS, PROFILAXIS, MATERIALES UTILIZADOS, ETC.			FECHA DE SERVICIO REALIZADO D Y		NUMERO DE PROCEDIMIENTO ADA	CUOTA		
DIVULGACION DE INFORMACION HE REVISADO EL SIGUIENTE PLAN DE TRATAMIENTO. AUTORIZO LA DIVULGACION DE CUALQUIER INFORMACION RELACIONADA CON ESTA RECLAMACION. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL.				ASIGNACION DE BENEFICIOS POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DENTALES QUE DE OTRO MODO ME CORRESPONDERIAN, DIRECTAMENTE AL DENTISTA NOMBRADO A CONTINUACION.				CUOTA TOTAL COBRADA			
								CANTIDAD MAXIMA PERMITIDA			
FIRMA DEL (PACIENTE O PADRE SI ES MENOR)				FECHA		FIRMA DEL (PACIENTE O PADRE SI ES MENOR)				FECHA	
PREDETERMINACION DE COSTOS						TRATAMIENTO COMPLETADO -PAGO SOLICITADO				DEDUCIBLE	
EL TRATAMIENTO ENUMERADO ES NECESARIO DE ACUERDO A MI JUICIO PROFESIONAL Y SOLICITO LA PREDETERMINACION DE LOS BENEFICIOS.						EL TRATAMIENTO ARRIBA MENCIONADO FUE COMPLETADO, NECESARIO A MI JUICIO PROFESIONAL, ESTOY LEGALMENTE CALIFICADO PARA REALIZAR LOS SERVICIOS. LOS HONORARIOS LISTADOS SON LOS QUE SE COBRAN REGULARMENTE EN MI OFICINA.				SCP PAGA	
										PAGO DEL PACIENTE	
FIRMA DEL DENTISTA				FECHA		FIRMA DE DENTISTA				FECHA	

