



INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada **CONFIDENCIAL**)

Fecha _____

Nombre de paciente _____ Edad _____ Fecha de nacimiento del paciente _____ Hombre Mujer

APELLIDO NOMBRE INICIAL

Si el paciente es un menor de edad, de el nombre de los padres o guardiaces _____

Relación _____

Dirección de la casa _____ ¿Por cuánto tiempo? Propio Renta

CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Paciente es: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Menor de edad

Número de la licencia de conducir _____ Número del Seguro Social _____ Teléfono de casa (_____)

Banco _____ Número de la cuenta _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Lugar de empleo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ocupación _____

Dirección del empleo _____ Teléfono de trabajo (_____)

CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de esposo(a) _____ Número del Seguro Social _____ Número de licencia _____

Lugar de empleo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ocupación _____

Dirección del empleo _____ Teléfono de trabajo (_____)

CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. _____ Relación _____

Dirección completa del familiar cercano _____ Teléfono de casa (_____)

CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de su médico _____ No tiene médico _____

Dentista de anterior _____ TELEFONO _____

¿Por qué cambia usted de dentistas? _____ TELEFONO _____

Razón por la cita _____

¿Es esta visita de emergencia? Sí No En caso de si, explique: _____

Escuela a la que van sus hijos _____ ¿A quién le podemos agradecer su visita? _____

INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS

Persona responsable por esta cuenta _____ Relación _____

Dirección _____ (TELEFONO)

CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

FORMA PREFERIDA DE PAGO: Al contado en el día del tratamiento Número de Visa

FECHA DE EXPIRACIÓN

Número de ayuda del Estado Número de Mastercard

FECHA DE EXPIRACIÓN

Nombre de la compañía de seguro (principal) _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL NUMERO DEL GRUPO _____ NUMERO DEL PLAN _____ NOMBRE DEL SINDICATO _____ SINDICATO LOCAL _____

Nombre de la compañía de seguro (secundario) _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL NUMERO DEL GRUPO _____ NUMERO DEL PLAN _____ NOMBRE DEL SINDICATO _____ SINDICATO LOCAL _____

TERMINOS & CONDICIONES

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle al seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro a la cuenta del paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar del paciente.

Asignación de seguro: Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza. Un recargo del 1 1/2 % por mes (18% por año, pero nunca mas de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fue examinado. En consideración a los servicios profesionales prestados a mí, o solicitados por mí, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier rompimiento de estos términos y condiciones por mi parte, no me autoriza el rompimiento de otros términos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra.

Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para telefonarme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario. Yo he leído las condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____