

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

FECHA _____

NOMBRE _____ CASADA(O) SOLTERA(O) MENOR H M
APELLIDO NOMBRE

DOMICILIO _____
CALLE # APT. CIUDAD ESTADO C.P.

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELEFONO _____
MES DÍA AÑO CASA TRABAJO FAX# CORREO ELECTRÓNICO

LUGAR DE EMPLEO _____ # SEGURIDAD _____

SI ESTUDIANTE, NOMBRE DE ESCUELA _____ AÑO ESOCLEAR _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA-INDIQUE: PACIENTE GUARDIAN ESPOSA (O) PADRE MADRE

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

MENOR DE EDAD - TAL VEZ QUE COMPLETAR LOS DOS BLOQUES
 ADULTOS - COMPLETE EL BLOQUE PARA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL
 COMBERTURA DOBLE? TAMBIEN COMPLETE PARA PERSONA ASEGURADA SECUNDA

PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL / <small>SI NO HAY SEGURA, COMPLETE POR LA PERSONA RESPONSABLE</small>				PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA			
APELLIDO		NOMBRE		APELLIDO		NOMBRE	
CALLE	CIUDAD	ESTADO		CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.
TEL. CASA	TEL. TRABAJO	FAX	CORREO E	TEL. CASA	TEL. TRABAJO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)		COMO RELACIONADO AL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)		COMO RELACIONADO AL PACIENTE	
LUGAR DE EMPLEO		SEGURO DENTAL		LUGAR DE EMPLEO		SEGURO DENTAL	
GRUPO				#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO	

PLAN DE EMERGENCIAS

Fuente de Emergencia Inmediata

Nombre _____

Domicilio _____

Cuidad/Estado/C.P. _____

Teléfono _____

AUTORIZACION

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarán. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentifrico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de soltar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas médicos.

X _____
 Paciente o Persona Responsable

Fecha _____ Numero de Licencia Para Manejar _____

¿Alguna vez a venido algun miembro de su familia a nuestro consultorio?

Si No

¿A quién le damos las gracias por referirlo a nuestro consultorio?

MÉTODO DE PAGO

La persona responsable ya tiene cuenta con esta oficina

Si No

Pago entero a cada cita (en efectivo o cheque personal)

Pago entero con tarjeta (VISA MC OTRA)

Tarjeta # _____ Fecha Exp. _____

Me gustaría discutir los arreglos financieros.

COBRO ADOCCIONAL

Si no pago el saldo total dentro de _____ días después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se sumará a la cuenta por el periodo de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará en el _____ % por mes (o un cobro minimo de \$ _____ si el saldo es menos de \$ _____) lo cual equivale al _____ % al año aplicado al saldo del mes anterior. Si dejo de hacer un pago, prometo pagar cualesquier intereses legales sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en cuentas no pagadas en el futuro.