

BIENVENIDOS

Gracias por seleccionar nuestro grupo de dentistas. Trataremos de darle el mejor cuidado dental. Favor de llenar esta forma completamente en tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, favor de preguntarnos, estamos para ayudale.

1. INFORMACION PERSONAL

Fecha _____
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____
Nombre _____
Desea ser llamado _____ Hombre Mujer
 Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Direccion _____
Ciudad, Estado, Codico Postal _____
Lugar de Empleo _____ Ocupacion _____
Recomendado por _____

2. PERSONA RESPONSABLE

Quien es responsable por la cuenta?	Nombres y Fecha de
Nombre _____	Nacimiento de personas
Parentesco al paciente _____	en su seguro
Fecha de Nacimiento _____	_____
# de Licencia _____	_____
Seguro Social _____	_____
Direccion _____	_____
Ciudad, Estado, Zona Postal _____	_____
Lugar de Empleo _____	_____
Telefono: Trabajo _____ Ext: _____ Casa _____	_____

3. TELEFONO

Casa _____
Trabajo _____ Ext: _____
Auto/Cellular _____
Numero al cual prefiere que hablemos: Casa Trabajo Auto
Mejor horario para hablar: Hora: _____ Dias: _____

En caso de emergencia a quien llamar:

Nombre _____ Parentesco _____
Telefono: Casa _____ Trabajo _____ Ext: _____

4. INFORMACION DE SEGURO DENTAL

Seguro Principal

Nombre de asegurado(a) _____
Parentesco al paciente _____
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____
Lugar de Empleo _____
Fecha cuando Empezo _____
Ocupacion _____

Compania de Seguro _____
Grupo _____
de Empleado _____
Direccion de Seguro _____
Deducible _____
Cantidad usada _____
Beneficio Maximo (anual) _____

Seguro Adicional

Nombre de asegurado(a) _____
Parentesco al paciente _____
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____
Lugar de Empleo _____
Fecha cuando Empezo _____
Ocupacion _____

Compania de Seguro _____
Grupo _____
de Empleado _____
Direccion de Seguro _____
Deducible _____
Cantidad usada _____
Beneficio Maximo (anual) _____

5. AUTORIZACION

Yo autorizo al dentista de dar informacion mia incluyendo cualquier diagnostico y los registros de cualquier tratamiento o examen echo a mi hijo(a) durante el tiempo de cuidado dental a la aseguransa y otros doctores.

Yo autorizo y deseo que mi compania de seguro pague directamente al dentista o grup de dentistas. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que las cuenta total por los servicios. Yo acepto ser responsable de la cuenta por los servicios echos a mi o mis dependes.

Si la cuenta total no es pagada dentro 25 dias de la fecha terminable en la factura, un cargo de 1.5% del balance sera cobrado, luego lo no pagado y debido sera reaprtido cada mes (si permitido por la ley). Doy cuenta que si fallo en seguir mi cuenta puede resultar en no poder seguir mis servicios dentales adicionales. En ese caso de falta de pago, yo acepto pagar costos de coleccion y costos de abogados al tratar de obtener pago en esta y futura cuentas.

X _____

Firma del paciente o Padre del menor

6. ARREGLO FINANCIERO

Para su conveniencia ofrececmos estos metodos de pago.
Favor de marcar su preferencia. Pago total en cada cita.

_____ CASH
_____ Cheque personal
_____ Tarjeta de Credito
_____ Visa _____ MC _____ Discover

**NOTA: Habra un cargo por citas canceladas
sin notificacion de 24 hrs.**