

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_  CASADA(O)  SOLTERA(O)  MENOR  H  M  
APELLIDO NOMBRE

# SEGUIRIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_  
CALLE # APT. CIUDAD ESTADO C.P.FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO CASA TRABAJO FAX# CORREO ELECTRÓNICO

LUGAR DE EMPLEO \_\_\_\_\_ SOBRESCRITO \_\_\_\_\_

SI ESTUDIANTE, NOMBRE DE ESCUELA \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

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 CASILLEROS  
ADULTOS - COMPLETE EL CASILLERO PARA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL  
COMBERTURA DOBLE? TAMBIEN COMPLETE PARA PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA

PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL / SI NO HAY SEGURA. COMPLETE POR LA PERSONA RESPONSABLE				PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA			
APELLIDO		NOMBRE		APELLIDO		NOMBRE	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.
TEL. CASA	TEL. TRABAJO	FAX	CORREO ELECTRONICO	TEL. CASA	TEL. TRABAJO	FAX	CORREO ELECTRONICO
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	
#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO		#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO	

**PERSONA PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA**

Fuera de la Familia Inmediata

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/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 dentífico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de dar 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 ha venido algun miembro de su familia a nuestro consultorio?

 Si  No

¿A quién le damos las gracias por recomendarle 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 ADICIONAL**

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 interés legal 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.