

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.