



INFORMACCION DE PATIENT NUEVO

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo M ☐ F ☐ Seguro Social/Tax ID # _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono # _____ Celular # _____

Correo Electronico _____

En Caso de Emergencia Comunicarse

Nombre _____

Numero de Telefono _____

Relacion _____

Informacion Sobre Su Seguro Dental

Nombre de Seguro Dental _____

Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

ID# _____ Seguro Social# _____

Empleador _____ Relacion al Paciento _____

COMO SE ENTERO DE NOSOTROS: LA RAZA ☐ FACEBOOK ☐ FAMILIAR/AMIGO ☐ _____

OTRO ☐ _____

YO HE LEIDO LA INFORMACION INDICADA ARIBA Y AUTORIZO QUE SE LE HAGA EL PAGO AL DOCTOR NOMBRADO ARRIBA. AUTORIZO MI CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PARA EL NOMBRADO ARRIBA. TAMBIEN AUTORIZO QUE SOMETAN CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PROCESAR EL SEGURO DENTAL.

Firma _____ Fecha _____



POLIZA DE LA OFFICINA

Bienvenido a nuestra officina! Le agradecemos la confianza que ha puesto en nosotros.

Seguro Dental

Los servicios profesionales hechos son cobrados a usted, no a su compañía de seguros. Porfavor entienda que el contrato es entre usted y su compañía de seguro dental y el pago por los servicios hechos es su responsabilidad. Aceptaremos la asignación de reclamos para el seguro dental. Todos los deducibles y cargos no cubiertos por su seguro se collectaran al momento del tratamiento.

Nuestra oficina no va a entrar en una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamación. Esta es su responsabilidad y obligación. **Si al final de 90 días, su compañía de seguros no ha pagado, usted es responsable de todo el balance de su cuenta.** A su petición, le daremos una copia de la reclamación para que pueda reenviarlo si es necesario.

Para cumplir con los beneficios del seguro, necesitaremos su identificación de su seguro y nosotros debemos poder verificar los beneficios de su seguro dental. **Tenga en cuenta que se le puede cobrar por servicios que su seguro no cubrirá debido a exclusiones o limitaciones del plan.**

Cargos de la Oficina

El pago se espera ser hecho en el momento en que el servicio es hecho. Aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, American Express y Care Credit. **Nuestra oficina no toma ningún cheque personal.** Si en el caso de que su cuenta haya sido entregada a nuestra agencia de colecciones, se le agregará un cobro de 40% a su cuenta del balance completo.

Si rompe una cita con nuestra práctica, pedimos un aviso de cancelación de 24 horas. Si no recibimos un aviso de 24 horas, se le puede cobrar un cargo de \$30 por la cita. Este cargo no puede ser cobrado a su compañía de seguro dental.

Yo he leído y entiendo las polizas de la oficina.

Firma_____Fecha_____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Confirmación del Paciente

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Yo he recibido y entiendo el aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. El aviso provee en detalle los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que puede ser hecha por esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos, y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información.

Entiendo que esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su aviso de prácticas de privacidad, y de hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida, o controlada por esta práctica. Si se producen cambios en la póliza, esta práctica me proporcionará una notificación revisada de las prácticas de privacidad a petición.

Firma: _____ **Fecha:** _____