

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle al seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro a la cuenta del paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar del paciente.

**Asignación de seguro:** Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza. Un recargo del 1 1/2 % por mes (18% por año, pero nunca más de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fue examinado. En consideración a los servicios profesionales prestados a mí, o solicitados por mí, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier cumplimiento de estos términos y condiciones por mi parte, no me autoriza el cumplimiento de otros términos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra. Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para pagar para telefonarme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Yo he leído las condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**TERMINOS & CONDICIONES**

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 RELACION \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE LA PERSONA ASEGURADA \_\_\_\_\_  
 SINDICATO SOCIAL \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro (secundario) \_\_\_\_\_  
 NUMERO DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL \_\_\_\_\_  
 NUMERO DEL PLAN \_\_\_\_\_  
 SINDICATO LOCAL \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro (principal) \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 RELACION \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE LA PERSONA ASEGURADA \_\_\_\_\_  
 SINDICATO SOCIAL \_\_\_\_\_

Persona responsable por esta cuenta \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_

FORMA PREFERIDA DE PAGO:  Al contado en el día del tratamiento  Número de Visa  Número de Mastercard

Número de ayuda del Estado  Número de Mastercard

FECHA DE EXPIRACION \_\_\_\_\_  
 FECHA DE EXPIRACION \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS**

Nombre de paciente \_\_\_\_\_  
 APELLIDO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_  
 INICIAL \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_  
 Hombre  Mujer

Si el paciente es un menor de edad, de el nombre de los padres o guardiadores \_\_\_\_\_  
 Relacion \_\_\_\_\_  
 Propio  Renta

Direccion de la casa \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

Paciente es:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)  Menor de edad

Numero de la licencia de conducir \_\_\_\_\_  
 Numero del Seguro Social \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_  
 Numero de la cuenta \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 ?Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de empleo \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. \_\_\_\_\_  
 Direccion completa del familiar cercano \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

No tiene médico

Dentista de anterior \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

?Por qué cambia usted de dentistas? \_\_\_\_\_

Razón por la cita \_\_\_\_\_

?Esta vista de emergencia?  Si  No En caso de si, explique: \_\_\_\_\_

Escuela a la que van sus hijos \_\_\_\_\_  
 ?A quién le podemos agradecer su visita? \_\_\_\_\_

Nombre de esposa(a) \_\_\_\_\_  
 Numero del Seguro Social \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
 ?Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de empleo \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. \_\_\_\_\_  
 Direccion completa del familiar cercano \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

No tiene médico

Dentista de anterior \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

?Por qué cambia usted de dentistas? \_\_\_\_\_

Razón por la cita \_\_\_\_\_

?Esta vista de emergencia?  Si  No En caso de si, explique: \_\_\_\_\_

Escuela a la que van sus hijos \_\_\_\_\_  
 ?A quién le podemos agradecer su visita? \_\_\_\_\_

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada CONFIDENCIAL) Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**



