

Información del Paciente

Apellido _____ Primera Nombre _____ Inicial de _____
Segundo nombre _____

Género: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Niño

Fecha de Nacimiento _____

SS # _____ # de licencia de CA o # de ID _____

Casa # _____ Cell # _____ trabajo # _____

Dirección de correo electrónico _____

Horario y # mas conveniente para contactario usted _____

Dirección de domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Empleador (Nombre de la compañía) _____ Occupation _____

Dirección de compañía _____ Ciudad _____ Código postal _____

Seguro Dental _____ Suscriptor _____ Grupo # _____

Seguro Médico _____ Suscriptor _____ Grupo # _____

Información para Financieramente Responsable (si no es uno mismo)

Apellido _____ Primer Nombre _____

(Relación con el paciente): Esposo Padre Tutor Otro _____

Fecha de Nacimiento _____

SS # _____ # de licencia de CA o # de ID _____

Casa # _____ Cell # _____ trabajo # _____

Empleador (Nombre de la compañía) _____ Ocupacion _____

Negocios Address _____ City _____ Zip _____

Seguro Dental _____ Suscriptor _____ Grupo # _____

Seguro Médico _____ Suscriptor _____ Grupo # _____

¿A quién contactar en caso de una emergencia? _____

Relación con el Paciente _____ Number para llamar _____

(Continúa en la parte de atrás)

Información del Seguro

Primaria Seguro Dental _____
Nombre seguro dental primaria

Suscriptor
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Suscriptor Suscriptor Suscriptor CA de
Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____ licencia de conducir o ID # _____

Suscriptor
Nombre del empleador: _____

Secundaria Seguro Dental _____
Nombre seguro dental primaria

Suscriptor
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Suscriptor Suscriptor Suscriptor CA de
Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____ licencia de conducir o ID # _____

Suscriptor
Nombre del empleador: _____

Primaria Seguro Medical _____
Nombre seguro dental primaria

Suscriptor
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Suscriptor Suscriptor Suscriptor CA de
Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____ licencia de conducir o ID # _____

Suscriptor
Nombre del empleador: _____

Secundaria Seguro Medical _____
Nombre seguro dental primaria

Suscriptor
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Suscriptor Suscriptor Suscriptor CA de
Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____ licencia de conducir o ID # _____

Suscriptor
Nombre del empleador: _____

(Continúa en la página siguiente)

- La información que he proporcionado en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento.
- Entiendo que el tratamiento recomendado se basa en el juicio profesional del Dr. Simjee con respecto a mi mejor interés a largo plazo.
- Entiendo que las estimaciones de tasas para cualquier tratamiento tienen una validez de 6 meses a partir de la fecha de examen del paciente.
- Entiendo que el pago completo por los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mis dependientes o yo se debe pagar en el momento se prestan los servicios (a menos que otras disposiciones se han hecho por escrito), y en última instancia, yo soy responsable por el tratamiento no pagado por el seguro. En el caso de los pagos no son recibidos por el acuerdo sobre las fechas, se añadirá un 1% mensual (12% anual) a mi cuenta, además de los gastos de cobro. Saldo pendientes de pago se enviarán a las colecciones después de 90 días.
- Entiendo que mi compañía de seguros tiene limitaciones en la cobertura.
- Entiendo que cualquier estimación de la cobertura de mi seguro es sólo una estimación y no una garantía de pago.
- Entiendo que el pago de seguros puede ser reducido por los deducibles, coordinación de beneficios con otro transportista, los gastos que pueden pagarse antes de que estos servicios se prestan y mi reclamación se presenta y otras limitaciones del plan en efecto cuando los servicios se llevan a cabo en realidad.
- Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro (si no a nombre de la paciente) directamente a Rasheed Simjee, Professional Dental Corporation.
- Yo autorizo el uso de mi número de seguro social a presentar todas las reclamaciones de seguros como una cortesía para mí.
- Entiendo que cualquier cita de cirugía canceladas dentro de las 72 horas de tiempo de la cita se requiere un depósito de \$ 250 a reprogramar la cita. Esta cantidad se utilizará para con mi copago o será reembolsado después de seguros paga en su totalidad.
- Entiendo que se me cobrará \$ 25 por cualquier cheque devuelto.
- Entiendo que en su caso, los informes de las oficinas de crédito se pueden obtener.
- Entiendo que una copia impresa o electrónica de este documento pueden actuar como un original.

Yo, _____ de acuerdo a las políticas de esta oficina se ha expuesto
Paciente, padre, madre o tutor (en letra de imprenta)
 anteriormente.

 Relación con el paciente

 Firma Fecha

Esperamos contar con su presencia!

sólo para uso de oficina:

Patient Information
 Health History
 Patient Privacy Practices
 Internet Communication
 Insurance Card(s)