

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (*Confidencial*)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Correo _____ Dirección del Hogar _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Compra _____ Renta _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Hombre _____ Mujer _____

Empleador del Paciente _____ Teléfono _____

Dirección del Trabajo _____ Seguro Social #: _____

Esposo(a) _____ Empleador de Esposo(a) _____

Referido por: _____

Directorio de St. George ___ Directorio Dex ___ Periódico Local ___ Directorio Dixie ___ Otro _____

PERSONA RESPONSABLE (Si el paciente es un menor, el adulto que lo acompaña y firma las formas de consentimiento)

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Hombre _____ Mujer _____ Licencia de Manejo #: _____

Dirección _____ Compra _____ Renta _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo # _____

¿Hace cuánto tiempo ha trabajado para ese Empleador? _____ Seguro Social #: _____

Estado Civil: Menor _____ Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____ Separado(a) _____

Esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

¿A quién podemos contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____

¿Su familiar más cercano que no vive en su hogar? _____ Teléfono _____

Seguro Primario

Compañía de Seguro _____ Grupo # _____ Seguro Social# _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

Poseedor del Seguro _____ Empleador _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro Secundario

Compañía de Seguro _____ Grupo # _____ Seguro Social # _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

Poseedor del Seguro _____ Empleador _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo estoy de acuerdo y entiendo, (que sin importar mi situación con el seguro), Yo soy ultimadamente responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. Yo he leído toda la información en esta página y he respondido las preguntas. Yo certifico que la información es correcta y verdadera a mi conocimiento. Yo le notificaré de cualquier cambio en la información aquí mencionada.

Firma _____ Fecha _____

Adicionalmente, Yo autorizo la emisión de cualquier información relacionada con la reclamación de pago y concuerdo que el pago de mis beneficios sean enviados directamente a Staples Dental Care.

Firma _____ Fecha _____



Estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado posible. Para hacer esto es importante que no dejemos que su beneficio dental sea el factor determinante en su diagnóstico. Su tratamiento será determinado dependiendo de sus necesidades y nosotros asumimos que usted está igualmente preocupado(a) en mantener buena salud dental.

Su Pago es esperado cuando usted recibe el servicio. La cita inicial debe ser pagada por completo. Aceptamos Efectivo, Cheques y las Tarjetas de Crédito (**Visa, Master Card, American Express y Discover**). Si usted necesita hacer otros arreglos financieros para trabajo adicional, nosotros queremos asistirle lo más posible sin actuar como una institución financiera. Nosotros tenemos disponible financiamiento fácil que le ofrece 6 meses sin intereses con una compañía local. Si usted cumple los requisitos, la compañía nos paga al momento del servicio y usted hace pagos mensuales durante el periodo del préstamo sin incurrir más gastos.

El presupuesto del tratamiento dental solo puede ser extendido por un periodo de 6 meses a partir de la fecha en la que fue diagnosticado.

Los cheques devueltos sin pago y los saldos de más de 90 días serán sujetos a cuotas de recaudación y un cargo de 1 ½ de interés por mes.

Estamos complacidos en explicarle cualquier tratamiento recomendado y responder preguntas relacionadas con su seguro:

1. Su seguro en un contrato entre su Empleador y La Compañía de Seguro. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.
2. No todos los servicios dentales tienen cobertura en todos los contratos. Algunas compañías seleccionan ciertos servicios arbitrariamente y les niegan cobertura.
3. Usted será responsable por todos los cargos que haya incurrido a través de los servicios que reciba en **Staples Dental Care**.

En consideración al servicio profesional del Doctor que yo he recibido/requerido. Yo me comprometo a pagar la cuota por el servicio al momento que sea recibido. Adicionalmente, acuerdo a pagar todas las cuotas de recopilación incluyendo el 50% del costo de recolección, las cuotas del abogado y gastos del juicio si una demanda es establecida a continuación. Yo le otorgo permiso a usted y a sus asociados para comunicarse conmigo vía telefónica para discutir asuntos relacionados con esta forma. Yo he leído las condiciones aquí mencionadas y estoy de acuerdo este contenido.

FIRMA _____ FECHA _____