

Registro del Paciente

Información del Paciente

Nombre:		_ Fecha de Nac:	
Domicilio:			
	Ciudo	ad Estado	Código Postal
Email:			_
Tel. Casa: Sexo: F	Μ	Casado/soltero/	menor (circule)
A quien le damos gracias por referirlo?			
A quien contactamos en caso de emergencia?			
·	Nombre		teléfono
Persona responsable de la cuenta:			
No. Seguro Social			
Confirmacion de Citas			
***Como cortesia a nuestros pacientes, los llam	amac n	on la managun di	a antag nana
confirmar su cita. Por favor indique abajo como			
para confirmar su cita.	quiere	; que nos comuniq	demos con ustea
Teléfono: casa/traba	بام/حمار	ulan/atna	
Por Email: Buzón de email:	•		
**No gracias, no necesito que me recuerden:		Tnicialas:	
The gracias, he hecesite que me recuerden		Iniciales	
Estamos dedicados a darle cuidado de calidad a	nuestr	ros nacientes y es	tamos satisfectos
de poder darles citas que acomoden su horario		•	
nuestros pacientes hagan todo a su alcance para		•	•
que nos notifiquen con un mínimo de 24 horas po			•
·		•	•
le aplicara un cargo de \$50.00 por romper ó			
adelantada. Gracias por su cooperación y por p	ermiii	mos servirie a 100	aos nuestros
pacientes.			
Entiendo y estoy de acuerdo con esta politico	a de Ila	ımar con 24 hord	as de anticipación:
Firma del Paciente/Guardián			Fecha

Consentimiento del Menor/Niño
Yo soy el padre/madre, tutor, o representante personal de:
Y no existe ninguna orden vigente del tribunal que me prohiba firmar este consentimiento. Yo pido y autorizo al personal a darle el servicio dental necesario al menor suscrito arriba, incluso pero no limitado a radiografías, y la administracion de anestesia, que sean recomendados por el dentista, esté yo presente o no cuando el tratamiento sea rendido.
Traspaso de los beneficios del Seguro y Autorización para la divulgación de información
Yo certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura de seguro y que traspaso directamente al Dr. Kanugh ó al Dr. Ferris todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagados a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.
El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mi hijo menor de edad y puded divulgar dicha información a esta compania de seguro y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro ó los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento se complete o en un año de la fecha indicada a continuación.
Acuerdo Financiero
Acepto que el pago por los servicios es pagadero cuando se realize el tratamiento, Yo estoy de acuerdo en que los padres, los tutores ó representantes personales son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/nino. Acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos por servicios o articulos provistos a mi ó al paciente. Entiendo que el presentar una reclamación con la compañía de seguro no me libera de responsabilidad por el pago de todos los cargos. Un cargo de 1.5% será aplicado a su cuenta cada mes por balances con más de 60 días.
<u>Certificación</u> La información proporcionada es completa y correcta a mi leal entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud ó la salud de mi hijo(a)/menor.

Fecha

Relación al paciente

Firma del Paciente, guardián ó representante personal

Padre, guardián ó representante personal