



REGISTRO DEL PACIENTE

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad Estado Código Postal

Tel. Casa: _____ Sexo: F__ M__ 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

En un gesto de cortesía hacia nuestros pacientes, realizamos una llamada de confirmación al menos con un día de anticipación a su cita. Le solicitamos que indique a continuación la preferencia de contacto para confirmar su cita.

Teléfono: casa/trabajo/celular/otro _____ Correo electronico: _____

No gracias, no necesito que me recuerden: Iniciales: _____

Estamos dedicados a proporcionar atención de alta calidad a nuestros pacientes y nos complace ofrecer citas que se ajusten a sus horarios complejos. Como parte de nuestra colaboración, pedimos a nuestros pacientes que hagan todo lo posible por mantener sus citas dentales. Es necesario notificarnos con al menos 24 horas de antelación para que podamos asignar la cita a otro paciente.

En caso de cancelación o ausencia sin previo aviso, se aplicará una tarifa de \$50.00. Agradecemos su cooperación y valoramos la oportunidad de servir a todos nuestros pacientes.

Entiendo y estoy de acuerdo con esta política de llamar con 24 horas de anticipación:

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Menor/Niño

Yo soy el padre/madre, tutor, o representante personal de: _____
Nombre del menor

Y no existe ninguna orden vigente del tribunal que me prohíba 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 administración 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 a Dr. Vargas 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 puede divulgar dicha información a esta compañía 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 la condición de que el pago por los servicios debe realizarse al momento del tratamiento. Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios proporcionados para el tratamiento de un menor. Asumo la responsabilidad financiera total de todos los cargos por servicios o artículos proporcionados a mí o al paciente. Comprendo que presentar un reclamo a la compañía de seguros no me exime de la responsabilidad de pagar todos los cargos. Se aplicará un cargo del 1.5% a mi cuenta cada mes por saldos con más de 60 días.

Certificación

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al doctor si hay algún cambio en mi salud ó la salud de mi hijo(a)/menor.

Firma del Paciente, guardián ó representante personal

Fecha

Padre, guardián ó representante personal

Relación al paciente