

 Información sobre el paciente

Nombre..... SS #.....
 Fecha de nacimiento...../...../..... Edad..... Sexo...M.../...F... Estado Civil.....
 Dirección.....
 Ciudad..... Estado..... Código Postal.....
 Teléfono (.....) E-mail.....
 Teléfono celular (.....) Teléfono laboral (.....)
 Empleador.....
 Farmacia Teléfono de farmacia (.....)
 ¿Cómo se enteró de nuestra oficina?.....

 Información sobre el Seguro Dental

Nombre del Seguro Principal..... Teléfono del seguro (.....)
 Numero de póliza..... Nombre del asegurado.....
 SS# del asegurado..... Relación con el paciente..... Fecha de nacimiento/...../.....
 Dirección del asegurado.....
 Ciudad..... Estado..... Código Postal.....
 Teléfono del asegurado (.....) E-mail.....

 Nombre del Seguro Secundario..... Teléfono del seguro (.....)
 Numero de póliza..... Nombre del asegurado.....
 SS# del asegurado..... Relación con el paciente..... Fecha de nacimiento/...../.....
 Dirección del asegurado.....
 Ciudad..... Estado..... Código Postal.....
 Teléfono del asegurado (.....) E-mail.....

 En caso de emergencia contactar a

Nombre..... Relación..... Teléfono (.....)
 Nombre..... Relación..... Teléfono (.....)

Debe estar preparado en abonar los servicios cuando se realizan, al menos de que haya acordado una forma de pago antes de completar los servicios. Para ayudarle, aceptamos Visa, MasterCard, tarjetas de Débito, o efectivo. NO aceptamos cheques personales. También ofrecemos planes de pago extendidos por medio de Care Credit y Lending Club.

Si tiene seguro dental, aceptaremos los beneficios asignados por su aseguranza. Pero debe entender que usted será responsable por cualquier deducible o porciones no cubiertas por su seguro a la hora de realizar los servicios Y por los pagos no efectuados por su seguro después de 60 días.

***He respondido al anterior cuestionario correctamente y doy permiso para que los beneficios de mi seguro dental sean abonados a Sandra Vargas D.M.D, P.C.**

Firma del responsable de la cuenta: