Información de Paciente Nuevo

¿A quién podemos agradecerle su preferencia?

OGoogle/Facebook **O**Radio **O**Banderas **O**Amistad o Familiar **O**Seguro Médico **O**Evento

Nombre del paciente: _____ **Fecha de hoy**: _____

Género: **O**Masculino **O**Femenino **Estado Conyugal**: **O**Soltero **O**Casado **O**Menor **O**Otro

Seguro Social # _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Telefono (Celular): _____ **Teléfono (Casa):** _____

Teléfono (Trabajo): _____ **Contacto de Emergencia:** _____

Correo Electrónico: _____

¿Podemos comunicarnos vía texto? **O**Si **O**No **¿Podemos comunicarnos vía correo electrónico?** **O**Si **O**No

Miembros Adicionales Autorizados:

Abuelos: _____ **Tíos o Tías:** _____

Hermanos: _____ **Otro Familiar o Amigo:** _____

Tratamiento a un Menor y Consentimiento Financiero

Autorizó a Menta Dentistry a realizar el examen y proporcionar los servicios dentales necesarios utilizando métodos considerados necesarios para el cuidado del niño o paciente adulto mencionado anteriormente. Se me informará sobre cualquier cambio en el tratamiento a medida que ocurran y seré financieramente responsable de cualquier cambio. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea cancelado por cualquiera de las partes. Corroboro que la información anterior es correcta, que se puede mantener con la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi salud o la de mi hijo (a). Entiendo que soy responsable del costo total del tratamiento dental necesario para mi hijo (o para mí) independientemente de la cobertura del seguro. Se está haciendo todo lo posible para mantener los servicios de atención dental al mínimo costo. Puede ayudar haciendo un pago completo en el momento de su visita. Con la excepción de los servicios dentales de emergencia, se le dará un estimado de la tarifa total aproximada antes de cualquier tratamiento necesario y se definirán los arreglos financieros. Entiendo que en caso de que los saldos pendientes deban ser enviados a una agencia de cobranza o un abogado para colección; Seré totalmente responsable por todos los costos, pero no limitado a los honorarios del abogado. Otorgo mi permiso a la clínica dental o su representante para contactarme en casa o en el trabajo con respecto a este asunto o cualquier cosa relacionada con este asunto.

Autorización de Seguro Dental y Liberación de Información

Entiendo que los servicios profesionales se otorgan y cobran al paciente y no a la compañía de seguros. También entiendo que esta oficina dental no puede prestar servicios en la creencia de que los cargos serán pagados por una compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento dental para mi hijo o para mí, incluidos los cargos no cubiertos en esta autorización. Si tengo un seguro dental activo en el momento de mi tratamiento o el de mi hijo, entiendo que se me pedirá que pague la parte que me corresponde para recibir tratamiento en ese momento. La oficina dental me otorgara crédito al momento de someter el reclamo a mi aseguranza para el pago de beneficios otorgado a mi oficina dental. Autorizo el pago de los beneficios de seguro grupales directamente a Menta Dentistry, que de otro modo me corresponden. Le otorgó el derecho a la práctica dental de divulgar el historial de salud y otra información sobre el tratamiento dental de mi hijo a terceros pagadores u otros profesionales de la salud. Es mi responsabilidad proporcionar a la práctica dental la información correcta del seguro y conocer los beneficios de mi póliza. Entiendo que mi plan de seguro dental se usa para compartir el costo del tratamiento dental de mi hijo. Mi póliza de seguro es un contrato entre mi persona y/o mi empleador y mi compañía de seguros. La compañía de seguros no tiene obligación con la práctica dental. Entiendo que cuando tenga un reclamo de seguro pendiente, recibiré un estado de cuenta mensual por el saldo pendiente de la cuenta. El consultorio dental no puede aceptar la responsabilidad de los cobros por reclamos o por la negociación de un reclamo disputado. La consulta dental presentará reclamos solo dos veces para un reclamo específico con un período de gracia de 30 días. Si mi compañía de seguros no ha realizado el pago a la consulta dentro de los 30 días posteriores a la fecha del tratamiento, aceptó pagar el saldo adeudado en su totalidad en ese momento.

He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y doy consentimiento.

_____ _____ _____ _____

Firma de Padre o Tutor **Fecha** **Firma del paciente mayor de 18 años** **Fecha**