

**Formulario de Inscripción Para Adultos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

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

Numero de seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_ Numero de telefono celular \_\_\_\_\_

Numero de Fax \_\_\_\_\_ Numero de mensaje \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleo \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del conyuge \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_ Numero de telefono celular \_\_\_\_\_

Empleador del conyuge \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**A Quien debemos de notificar nosotros en caso de una emergencia que no sea su esposo (a)?**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dentista Anterior \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

**Como se entero de nuestra oficina?**

Libro de telefono –Dex

1-800-DENTIST

Paginas amarillas

Miembro Familiar: \_\_\_\_\_

Seguros

Oficina de Doctor Dr. \_\_\_\_\_

Otros: (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Informacion Sobre el Pago: Todos los servicios deben ser pagados en efectivo, cheque, o tarjeta de credito, ya que cada servicio se proporciona..** Los pacientes con seguro o otra cobertura deben completar toda la informacion requerida

**(Pore Favor seguir en la parte trasera)**

**Aseguranza Primaria:**

Quien es el primero en la aseguranza \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_

Relacion del paciente:  Solo  Conyuge  Hijo (a) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Compañia de seguros \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Numero de telefono de seguros \_\_\_\_\_

**Aseguranza Secundaria :**

Quien es el primero en la aseguranza \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_

Relacion del paciente:  Solo  Conyuge  Hijo (a) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Compañia de seguros \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Numero de telefono de seguros: \_\_\_\_\_

**Autorizacion para la liberacion de la informacion:** (Todos los pacientes/ Mayores de edad deberan firmar)  
Certifico que la informacion anterior es correcta. Autorizo la liberacion de cualquier informacion relativa a mi reclamaciones dental. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos de los tratamientos dentales. Por la presente autorizo el pago de los beneficios de seguro de grupo, de otro modo de pagar a mi directamente a Aesthetic Dental Center.

Firma del paciente (Mayores de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Permiso para tratamiento:** (Todos los pacientes/ Mayores de edad deberan firmar)

Yo doy mi permiso a Aesthetic Dental Center para proporcionar tratamiento dental, si lo considera necesario.

Firma del Paciente (Mayores de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Pago:** (Todos los pacientes/ Mayores de edad deberan firmar)

Entiendo que mi póliza de seguro es entre la compañía de seguros y en el mío y estoy obligado a Aesthetic Dental Center por los servicios prestados. También entiendo que se aportará con una estimación con respecto a mi beneficios de seguro en el inicio del tratamiento.

Estoy de acuerdo a pagar a Aesthetic Dental Center para todos los tratamientos dentales en el momento del servicio. Me comprometo a pagar mi cuenta hasta que mi saldo se haya pagado en su totalidad. En caso de que mi cuenta de convertirse en pasado, debido, se cargará el 1,5% de interés al mes con 25,00 dólares por tardanza de pago de la cantidad vencida. También entiendo que mi cuenta debería convertirse en delinquentes, puede ser entregado para la reunión, incluidos los honorarios de abogados incurridos.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor, recuerde que una vez que se le haya dado una cita está reservado específicamente para usted. No se cobrará por hacerle un cambio a su cita, siempre y cuando Llame por lo menos 2 días laborables antes. De lo contrario un cargo mínimo de \$50 por hora se pueda cobrar. Nos reservamos el derecho de no hacerle otra cita.**