

Formulario de Registro Para Niños

Nombre del paciente _____ Nombre preferido _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género: Hombre Mujer

Numero de seguro social _____

Nombre del Padre _____ SS# _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de telefono _____ Numero de celular _____

Empleador _____ Posicion _____ Cuanto Tiempo? _____

Domicilio de empleo _____ Numero de telefono _____

Marital Status: Solo (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Separado (a)

Nombre de la madre _____ SS# _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Numero de telefono _____ Numero de celular _____

Empleador _____ Posicion _____ Cuanto Tiempo? _____

Domicilio de empleo _____ Numero de telefono _____

Marital Status: Solo (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Separado (a)

A Quien debemos de notificar nosotros, Que no sea conyuge, en caso de emergencia?

Nombre _____ Relacion _____

Direccion _____ Numero de telefono _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Dentista Anterior _____ Numero de telefono _____

Como se entero de nuestra oficina?

- Libro de telefono – Dex 1-800-DENTIST
- Libro de telefono- Libro Amarillo 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 requerid

(Por 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 Secundario:

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/ garantes 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 de Paciente/Garante _____ Fecha _____

Permiso para tratamiento: (Todos los pacientes/ garantes deberan firmar)

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

Firma de Paciente/Garante _____ Fecha _____

Acuerdo de Pago: (Todos los pacientes/ garantes 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 de Paciente/Garante _____ Fecha _____

Por favor, recuerde que una vez que un nombramiento se ha hecho, en esta ocasión está reservado específicamente para usted. No se cobrará por reprogramación de la cita, siempre pronta notificación de por lo menos 2 días laborables se dan. De lo contrario un cargo mínimo de \$50 por hora se pueda incurrir. Nos reservamos el derecho de no reprogramar su cita..