

INFORMACIÓN DE LOS PADRES REFERENTE AL PAGO

Información del Padre

Nombre del Padre _____
Dirección de Casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Dirección de Correo (si es diferente que arriba) _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa () _____ Teléfono de Oficina () _____ Teléfono de Celular () _____
Dirección de Correo Electronico _____ Número de Licencia de Manejar _____
Nombre del Empleador _____ Ocupación _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Tiene Seguro Dental para su hijo/a? SI _____ NO _____

Nombre de seguro dental _____ Número de Teléfono () _____
Dirección _____
Número de Grupo _____ Número de Póliza _____
Nombre de un amigo o pariente con quien comunicarnos en caso de emergencia.
Nombre _____ Número de Teléfono () _____

Información de la Madre

Nombre de la Madre _____
Dirección de Casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Dirección de Correo (si es diferente que arriba) _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa () _____ Teléfono de Oficina () _____ Teléfono de Celular () _____
Dirección de Correo Electronico _____ Número de Licencia de Manejar _____
Nombre del Empleador _____ Ocupación _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Tiene Seguro Dental para su hijo/a? SI _____ NO _____

Nombre de seguro dental _____ Número de Teléfono () _____
Dirección _____
Número de Grupo _____ Número de Póliza _____
Nombre de un amigo o pariente con quien comunicarnos en caso de emergencia.
Nombre _____ Número de Teléfono () _____

Viven el Padre, La Madre y niño/a juntos? SI _____ NO _____

Con quien vive el niño/a? _____

POLIZA DE NUESTRA OFICINA SOBRE COBROS Y ARREGLOS DE FINANCIAMIENTO

Es nuestra poliza discutir abierta y honestamente nuestros honorarios y arreglos de financiamiento con usted. Aunque tenga seguro dental, usted es responsable por el costo total del tratamiento dental. Haremos lo mejor posible en darle un presupuesto por el costo total del tratamiento dental.

Esperamos pago cuando los servicios dentales se llevan a cabo, a no ser que otros arreglos se hallan llevado a cabo previamente con nuestra oficina. Para su conveniencia aceptamos cheques personales, y la mayoría de tarjetas de crédito, incluyendo VISA, Mastercard, y Discover. Tambien ofrecemos la tarjeta dental, CareCredit.

Por favor haga todo lo posible en mantener sus citas. Con niños en la escuela y padres en el trabajo el tiempo de todos es valuable incluyendo el nuestro. Haremos lo posible para confirmar su cita. Puesto que las citas han sido reservadas, puede haber un cobro por fallar o cancelar la cita con tiempo limitado.

La boca, encias, y dientes cambian constantemente debido a la naturaleza progresiva de enfermedades dentales. El costo del tratamiento actual puede diferenciar al presupuesto debido a esta enfermedad dental progresiva. En el evento en que el costo del tratamiento actual cambie, usted sera responsable por cualquier costo adicional. Se hara todo lo posible en notificarle si esto ocurre.

Si usted tiene seguro dental, haremos lo posible en darle un presupuesto de la porción por la cual puede estar cubierto por el plan de su seguro dental. Si usted desea, nuestra oficina procesará el reclamo por el pago del tratamiento dental directamente a nosotros, y usted pagará la porción que se halla discutido en el arreglo de financiamiento. Sin embargo habrá un pequeño cobro por procesar el reclamo a su seguro. Si usted desea procesar el reclamo por su parte y recibir el pago directamente requerimos el pago total del costo del tratamiento dental de acuerdo al plan de arreglo de financiamiento.

Si nosotros procesamos reclamo a su seguro, esperamos 60 dias por pago por parte de su compañía de seguro. Si durante este tiempo no recibimos pago, entonces le enviaremos el cobro a usted para que usted se ponga en contacto con su seguro. Si nosotros procesamos el reclamo a su seguro y niegan el pago o es menos del presupuesto, entonces le enviaremos el cobro a usted por el resto. Si usted recibe cualquier comunicación por parte de su seguro referente a nuestros honorarios o servicios dentales que se hallan llevado a cabo en nuestra oficina por favor comuníquese con nuestra oficina inmediatamente.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Acepto plena responsabilidad para el pago de tales servicios y me comprometo a asumir la responsabilidad de cualquiera y todos los gastos adicionales incurridos por mi falta de pagar por la atención dental suministrada.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Tutor legal _____ Escriba el nombre del Padre/Tutor legal _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

PADRE: _____

MADRE: _____

NIÑOS:
(MAYOR) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

(MENOR) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DENTISTA DEL PADRE: _____

DENTISTA DE LA MADRE: _____

FECHA: _____