

**INFORMACION DEL PACIENTE (Por Favor Imprima)**

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Suite: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Phones: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Móvil: ( ) - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Referido Por: \_\_\_\_\_ Dentista General: \_\_\_\_\_  
 Ha Estado Usted En Nuestra Práctica Antes? Sí  No

**PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA**

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Relacion Al Paciente:  paciente  esposo/a  hijo  otro - por favor especifique \_\_\_\_\_ Seg. Soc.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Suite: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Móvil: ( ) - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO DENTAL**

Seguro Primario	Seguro Secundario
Ins. Co. _____	Ins. Co. _____
Grupo #: _____ Teléfono: _____	Grupo #: _____ Teléfono: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
<b>Empleado (si diferente al paciente)</b>	<b>Empleado (si diferente al paciente)</b>
Nombre: _____	Name: _____
Fec. de Nac.: _____ Seg. Soc.: _____	Fec. de Nac.: _____ Seg. Soc.: _____
Suscriptor #: _____ Sex: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Suscriptor #: _____ Sex: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

Entiendo que soy financieramente responsable y accedo a pagar por todos los costos que surjan de mi tratamiento. Los cargos serán basados en el contrato de mi seguro, si alguno aplica al momento de mi tratamiento, y el tratamiento recibido. Mi seguro puede usar beneficios alternos a los servicios que yo reciba. Asignamiento de beneficios alternos no dicta tratamiento, pero establece que beneficios serán pagados basados en la interpretación de mi contrato por la compañía del seguro al momento que se reciben los servicios. Los cargos se basan en los beneficios facturados por Center for Oral Surgery and Dental Implants, que no será responsable por cambios a los costos facturados que surjan a consecuencia del asignamiento de beneficios alternos por el seguro. Todos los pagos son debidos el día que se provee el servicio a menos que se haya acordado un arreglo previo. Todas las citas de cirugía requieren un depósito. Para asegurar el uso óptimo del tiempo del doctor, le requerimos notificación previa de por lo menos dos días de trabajo para reprogramación o cancelamiento de su cita. De otra modo, su depósito no es reembolsable.

\_\_\_\_\_  
 Firma (padre or custodio si el paciente es menor)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante autorizado del  
 Center For Oral Surgery And Dental  
 Implants

\_\_\_\_\_  
 Fecha