

# BIENVENIDO

562-426-6594

Lowry Y Wong, DDS

lywongdds@gmail.com

## 1. Información personal

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Código, Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir no. : \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Femenina  Otra

Estado Civil:  Soltera  Casado

Como supo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo y ciudad: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ No. de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Numero del tele. Movil y Email para confirmacion de cita: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien debemos contactar? Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## 2. Persona Responsable

Persona responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Seguros adicionales o secundarios \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_

Completa por favor otro lado

### **3. Consentimiento para tratamiento, autorización de pago de seguro y divulgación de la política financiera**

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y el registro de cualquier examen o tratamiento que se me haya brindado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y / u otros proveedores de atención médica.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o a los beneficios de seguro de grupo dental que de otra manera me serían pagaderos.

Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por el servicio. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes.

Mi firma a continuación servirá como mi consentimiento informado para realizar todo el tratamiento recomendado. También servirá como autorización para asignar cualquier beneficio dental pagado por un tercero o asegurador a mi proveedor. Si tengo seguro, acepto hacer un pago de mi copago estimado en el momento de los servicios prestados. Entiendo que los co-pagos estimados son solo estimados, sujetos a máximos de la póliza, limitaciones y coordinación de las reglas de beneficios. Después de 60 días desde el momento del tratamiento, cualquier parte no pagada de mi factura por los servicios prestados será mi única y exclusiva responsabilidad. Los pacientes entienden que todos los servicios dentales proporcionados se cargan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los saldos. Esta oficina ayudará a preparar formularios de seguro y ayudará a hacer cobros de las compañías de seguros; sin embargo, el pago es, en última instancia, responsabilidad exclusiva y exclusiva del paciente en caso de que la aseguradora o el tercero pague, rechace o descuide de otra manera el pago. Todas las colecciones de terceros o aseguradores se acreditarán en la cuenta del paciente. Si no tengo seguro, todas las tarifas por el servicio prestado vencen a la fecha del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos por escrito.

Esta oficina se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 25 por citas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de anticipación. Esta oficina se reserva el derecho de cobrar intereses de APR = 12% para saldos vencidos. Al considerar los servicios profesionales que me brindó este consultorio dental, acepto pagar el valor razonable de dichos servicios al médico o su representante en el momento en que se prestan los servicios o dentro de los 15 días de facturación si se otorga el crédito. Además, acepto que una renuncia a cualquier incumplimiento de cualquier momento o condición, a continuación no constituirá una renuncia a ningún otro término o condición y acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los gastos incurridos para cobrar las facturas impagas.

Firma

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre si es menor