



Información del Paciente

Esta información es necesaria para nuestros archivos y será considerada **CONFIDENCIAL**.

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Seleccione uno: Menor de edad/ Soltero(a)/ Casado(a)/ Divorciado(a) / Separado(a)/ Viudo(a)

Idioma Preferido: Español/Bilingüe

Fecha de Nac. _____ Edad _____ Hombre/Mujer

Seguro Social (personal): _____ # Licencia: _____ Estado: _____

de Telefono _____ Correo Electronico _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Empleo: [] Tiempo Completo [] Medio Tiempo [] Jubilado(a) Estudiante: [] Tiempo Completo [] Medio Tiempo

¿A quién le notificamos en caso de una emergencia? _____ # Teléfono _____

¿Nombre de quién le refirió a nuestra oficina? _____

Vieron anuncios de la clínica: [] volante [] cupón de referencia [] correo [] anuncio en el boletín [] otro: _____

RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA

Persona responsable por esta cuenta _____ Relación _____

Seguro Social _____ Fecha de Nac _____ Correo Elec. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Telefono _____ # Trabajo _____

Forma de Pago: En efectivo el día de tratamiento Visa Mastercard Care Credit Aseguranza

INFORMACION DE ASEGURANZA

Información de Primera Aseguranza

Nombre de Asegurado _____ Relación al Asegurado: paciente pareja hijo(a) otro

Seg. Soc. del Asegurado: _____ Fecha de Nac. del Asegurado: _____

Nombre de Aseguranza _____ # de Grupo _____

del ID de Aseguranza _____ # de Teléfono de Aseguranza _____

Información de Segunda Aseguranza

Nombre del Asegurado _____ Relación al Asegurado: paciente pareja hijo(a) otro

Seg. Soc. de Asegurado: _____ Fecha de Nac de Asegurado: _____

Nombre del Plan Dental _____ # de Grupo _____

de ID de Asuguranza _____ # Teléfono de Aseguranza _____

ACUERDO FINANCIERO

Los pagos por cualquier servicio proveído en nuestra oficina se colectan en el mismo día de servicio a menos que tenga un acuerdo financiero establecido previamente de su cita.

Nuestra póliza es informar al paciente de los costos de los servicios y tener total acuerdo entre nosotros y el paciente referente a los pagos que corresponden por su tratamiento. Si tiene alguna duda referente al tratamiento y costo por favor clarifique sus dudas con el personal de la oficina antes de cualquier procedimiento. Para su conveniencia, aceptamos pagos en efectivo, cheque, VISA, MasterCard, Discover, American Express, and Care Credit.

PACIENTES SIN SEGURO (ASEGURANZA)

El **pago total** por cualquier tratamiento dental rendido se colecta el mismo día. Si necesita un tratamiento más avanzado, es posible pagar la mitad del balance total al iniciar el tratamiento y el resto al contemplar el tratamiento. Es mandatorio pagar el mismo día por todos los servicios de tratamiento dental hechos por emergencia, aun sin haber recibido un estimado de costo. Si el paciente es menor de edad, los padres o guardián serán responsables de la cuenta.

PACIENTES CON SEGURO (ASEGURANZA)

Si tiene aseguranza, con gusto le asistiremos en mandar las formas de facturación a la aseguradora como cortesía. Debemos enfatizar que como su proveedor dental, nuestro compromiso es con el paciente, no con la compañía de seguro. La oficina proveerá un estimado de sus copagos y deducibles basados en la información de que ofrece su aseguranza y el **monto total de la factura se colecta en el mismo que se rinden los servicios**. Si su aseguradora no cumple con su porción de pago dentro de 60 días, el paciente será responsable de la cantidad pendiente. Una carta por medio de la aseguranza será envía al paciente y a lo oficina explicando el pago de la aseguradora. En caso de sobrepago, con gusto le ofreceremos un reembolso. Si el paciente es menor de edad, los padres o guardián serán responsables de la cuenta.

En consideración del servicio dental profesional proveído, estoy en acuerdo de pagar por el tratamiento en su totalidad. Entiendo que también soy responsable de cualquier costo legal requerido referente a mi cuenta. En caso de que no pague algún balance, entiendo que mi cuenta será mandada a la agencia de colecciones y habrá un sobrecargo de 40% añadido al balance. Autorizo que me contacten via telefónica por cualquier asunto referente a mi cuenta. Hay un cobro de \$25.00 por cheques sin fondos

He leído y entendido el acuerdo financiero de Mission Family Dental

Firma del Paciente o Padre/Madre: _____ Fecha: _____

POLIZA DE CANCELACION DE CITAS

Nuestra oficina se esfuerza en ofrecerle un excelente cuidado dental a usted y su familia. Para poder ofrecerle este excelente servicio, hacemos las citas en el tiempo más conveniente para el paciente y el tiempo requerido para el procedimiento. Por favor, les pedimos cordialmente que consideren que cada cita es tiempo especialmente reservado para usted y su necesidad dental, al faltar a su cita, no podemos tratar a otro paciente. Para su conveniencia, les daremos un recordatorio de su cita una semana antes y un día antes y por vía texto. Les recordamos que usamos una compañía de internet llamada Lighthouse 360 para mensajes textos y correos electrónicos. Les recordamos que para contactarnos directamente use nuestro número de teléfono principal 805-540-5251

Nuestra póliza :

Requerimos 24 horas de notificación para cancelar o cambiar citas en caso de que sea necesario. Puede llamar a la oficina aun cuando esta la oficina cerrada y dejar un mensaje de voz, mandarnos un correo electrónico o mensaje de texto un día antes para notificarnos. Si no hay notificación de cancelación de cita un día antes, el paciente tendrá un sobrecargo en su cuenta de **\$125** por no asistir a la cita. Este monto no se puede cobrar a la aseguradora y el paciente será responsable por el sobrecargo.

Ademas de requerir 24 horas de notificación para cancelar su cita, también se le pide cordialmente que asista a su cita a tiempo. Si el paciente llega 15 o más minutos tarde, se considera como si faltara a su cita y ya no se le podrá atender y se aplicara un sobrecargo de \$125.

Nuestra oficina valora mucho a los pacientes y su tiempo, y les animamos a tener la mejor comunicación posible con cualquier inconveniente que se presente que le impida presentarse a su cita.

Si tiene alguna pregunta sobre la póliza de cancelación de citas, por favor pregúntenos y con mucho gusto le aclaremos sus dudas.

Firme si leyó y entendió y está de acuerdo con la póliza de cancelación de citas

Firma del Paciente o Padre/Madre: _____ Fecha: _____