INFORMACIÓN DE LOS PADRES REFERENTE AL PAGO

Información del Padre

Nombre del Padre _____

Dirección de Casa_____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Dirección de Correo (si es diferente que arriba) _____ Ciudad _____ Codigo 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 _____ Codigo Postal _____

Dirección de Correo (si es diferente que arriba) _____ Ciudad _____ Codigo 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 mayoria 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. Si usted desea procesar el reclamo por su parte y recibir el pago directamento requerimos el pago total del costo del tratamiento dental de acuerdo al plan de arreglo de financiamiento.

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito del consumidor. Además de cualquier otra sanción legal, si una persona infringe a sabiendas dicho artículo al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de credito del comsumidor, la deuda será nula e inejecutable.

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 _____ Hora _____

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: _____