



Formulario de Registro de Pacientes

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

¡Gracias por elegir nuestra práctica! Esperemos con interés poder cuidar de todas sus necesidades dentales.

Fecha: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M/F

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo _____

Cuál es la mejor manera de contacto con usted: Celular Correo Electrónico Trabajo

Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Soltero/a Asociado de Cónyuge: _____

Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

Domicilio de Empleo/Escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

¿A quien podemos agradecer por referirnos? _____

INFORMACIÓN PRIMARIA DE SEGURO DENTAL

Nombre del Suscriptor: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento _____ SS# _____ ID# _____

Compañía de Seguros: _____

Grupo# _____

Teléfono del Seguro _____ Domicilio del Seguro _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN SECUNDARIA DE SEGURO DENTAL

¿Tiene seguro dental secundario? Sí No

Nombre del Subscriptor: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento _____ SS#: _____ ID#: _____

Compañía de seguros: _____ Grupo# _____

Teléfono: _____ Domicilio: _____

Nombre del Empleador _____ # de Contacto: _____

RECONOCIMIENTO

Reconozco que se me ofrece recibir una copia del MAHAIRI DENTAL HIPAA (notificación de prácticas de privacidad)

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

Relación con el paciente



Acuerdo Financiero

Para comodidad de nuestros pacientes, se ha establecido el siguiente reglamento de oficina, acuerdo financiero y consentimiento para la revisión.

Aceptamos pagos en efectivo y tarjeta de crédito y débito.

Seguro Dental

Como un servicio a nuestros pacientes, se presentan sus reclamaciones de seguro dental. Trabajamos con su compañía de seguros para proporcionar la estimación más precisa de su pago requerido. Es responsabilidad del paciente el proporcionar la información correcta de seguros durante la primera visita. Los pacientes asegurados son responsables y deben estar dispuestos a pagar por todos los gastos que no son cubiertos por el seguro dental. Los planes de seguros solo pagan una parte del tratamiento, nosotros solo estimamos lo que su compañía pagará. El tiempo máximo para recibir pago de la compañía de seguros dentales es de 60 días. Después de los 60 días, el paciente será responsable por el saldo completo.

Planes de Pagos

Tenemos planes de pago para pacientes que no tienen planes de seguro dental, todo dependiendo de los procedimientos que se haga ese día. **Se aplican algunas restricciones.**

Publicación de Información y Asignación de Beneficios

El firmante ha leído lo anterior y está de acuerdo, si firma, como una parte responsable o como paciente pagar a *Mahairi Dental*, en su totalidad, el monto sin relación con la cobertura de seguros. El firmante se compromete a asignar beneficios de seguros de cualquier/ todo tratamiento directamente a *Mahairi Dental* y al uso de sus fotos de pacientes (todos los nombres no serán divulgados) como herramientas educativas dentro de nuestra práctica.

Nombre del paciente

Fecha

Firma

Relación con el paciente