Print Form and Bring to Your Appointment

Informacion de prim. aseguranza	Informacion de segun aseguranza
Nombre del asegurado_____	Nombre del asegurado_____
Parentesco con el paciente:	Parentesco con el paciente:
Yo mismo ○ Pareja ○	Yo mismo ○ Pareja ○
Nino(a) ○ Otro ○	Nino(a) ○ Otro ○
Nm de seguro social del asegurado	Nm de seguro social del asegurado
____-___-_____	____-___-_____
Fecha de nacimiento del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
___/___/___	___/___/___
Nombre de aseguranza:	Nombre de aseguranza:
_____	_____
Direccion de aseguranza: _____	Direccion de aseguranza: _____
_____	_____
Tel de aseguranza:_____	Tel de aseguranza:_____
Numero de grupo_____	Numero de grupo_____

Porque haz venido al dentista hoy? _____

Estas contento con la aparencia de tu sonrisa? Si no, que seria lo que cambiarias?

_____

Cobro total debe de ser pagado el dia que comienza el tratamiento solamente que arreglos financieros fueran aprovados antes de comenzar el tratamiento.

Porque esta oficina acepta aseguranza dental, yo entiendo que soy responsable de pagar por cada servicio y tambien responsable por pagar cualquier deductible y cobro no cubierto por mi aseguranza dental. Yo doy permiso de cualquier pago directo al grupo de Villaggio Dental o de otra forma pagado por mi aseguranza. Yo entiendo que soy responsable por todos los cobros de trabajo dental. Yo doy permiso que den cualquier informacion, incluyendo el diagnostico y expediente o examinaciones a mi comapania de aseguranza.

Yo he recivido una copia de Villaggio Dental de Informe De Privacidad. Yo he recivido/ofrecido una copia de Materiales De Usos Dentales requiridos por ley.

Yo entiendo que la informacion que yo he dado hoy es correcta alo major de mis conocimientos.

Yo tambien entiendo que esta informacion sera estrictamente alzada y confidencial y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Yo autorizo al personal dental de hacer cualquier servicio dental necesario que yo pueda necesitar durante el diagnostico y tratamiento.

_____

Firma de el paciente Fecha

Para Uso de oficina solamente

Yo he revisado la informacion medica/dental de el paciente.

Firma Fecha