

ERIC MEEKER, DDS, PA

228 ARDICE AVENUE
EUSTIS, FL 32726

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Apodo _____ Sexo ____ Edad ____
Estatus: () Casado/a () Soltero/a () Hijo/a () Otro/a Fecha de nacimiento _____ #SS# _____
Dirección Residencial: _____ Tel. Residencial _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ Tel. Celular _____
Dirección Postal: _____ #Licencia de Conducir _____
(si es diferente) Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
Empleo _____ Ocupación _____
Dirección del Empeo _____ Tel. _____ Ext _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
Quién llamar en caso de emerg. _____ Tel. _____ Relación _____
Quién lo/a refirió a nuestra oficina? _____

Si el paciente es menor de edad complete la siguiente información de el padre, la madre o persona encargada:

Nombre _____ Apodo _____ Sexo ____ Edad ____
Estatus: () Casado/a () Soltero/a () Otro/a Fecha de nacimiento _____ SS# _____
Dirección Residencial: _____ Tel. Residencial _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ Tel. Celular _____
Dirección Postal: _____ #Licencia de Conducir _____
(si es diferente) Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
Empleo _____ Ocupación _____
Dirección del Empleo _____ Tel. _____ Ext _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

La información que he proveído en este formulario es veraz, y a mi mayor entendimiento esta completa.

Firma del Paciente, Padre Madre o Encargado/a

Fecha

Tiene seguro dental? () si () no

Entiendo que es mi responsabilidad conocer y estar al tanto de las limitaciones y exclusiones de mi seguro dental. Entiendo que el saldo del paciente (deducible, porcentaje y co-pago) es pagadero al momento que me sean proveídos los servicios dentales. Entiendo que todo servicio dental me es proveído directamente a mi, o a mi encargado/a, y estoy de acuerdo que yo soy personalmente responsable de pagar todo costo que no quede saldo por mi seguro dental.

Por este medio autorizo y dirijo el pago directo de los beneficios dentales que de otro modo serían pagaderos a mi, directamente al dentista nombrado en este formulario. Doy consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida como sea necesario para determinar dichos beneficios y para obtener re-embolso por los servicios dentales que me fueran proveídos a mi o a mi encargado/a. Una fotocopia de esta asignación es tan valida como la original.

Firma del Paciente, Padre, Madre or Encargado/a

Fecha

- Pago por completo es necesario al momento de proveerle los servicios dentales.

- Si tiene cubierta de seguro dental, el pago de su deducible, porcentaje, y co-page es necesario al momento de proveerle los servicios dentales. Le permitimos un plazo de 30 días a su seguro dental, luego del cual usted es personalmente responsable de el saldo de su cuenta.

- Añadiremos a su cuenta un cargo de \$30.00 por culaquier cheque que sea devuelto y el saldo sera pagadero solamente en efectivo o por medio de giro postal.

- Si se nos hace necesario enviar su cuenta a una agencia separada para recaudar un saldo delicuente, usted sera responsable de todo costo adicional incurrido en nuestro esfuerzo por recaudar dicho saldo y añadiremos a su cuenta dichos gastos de recaudo, que pueden ser, pero no se limitan a, un mínimo de 50% del saldo de su cuenta.

- Si falta a una cita sin darnos al menos 72 horas de aviso, añadiremos a su cuenta los siguientes cargos:

1ra Vez--- \$35.00 por la primera ½ hora, \$15.00 por cada 15 minutos adicionales. Será necesario que pague cada tratamiento por adelantado para poder volver a hacer una cita.

2da Vez---\$35.00 por la primera ½ hora, \$15.00 por cada 15 minutos adicionales. Los fondos pagados por adelantado seran aplicados a los cargos de la cita faltada y el paciente no podra volver a hacer una cita, ni a recibir servicios dentales en nuestra oficina.

- Todos los expedientes y radiografías son propiedad de la oficina. Hay un cargo minimo de \$20.00 para la duplicación de dichos expedientes y/o radiografías. Un consentimiento firmado con al menos 48 horas de anticipación es necesario para producir duplicados.

He leído las condiciones para tratamiento dental y concedo mi permiso para que me llamen a la residencia o al trabajo para discutir temas relacionados a estas condiciones.

Firma del Paciente, Padre, Madre or Encargado/a

Fecha