



REGISTRO DEL PACIENTE Y INFORMACION DE ASEGURANZA

Bienvenido a nuestra oficina. Para que podamos ayudarle a presentar los formularios del seguro médico, por favor, proporcione la información solicitada a continuación. Toda la información es confidencial.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ M/F
Seguro Social _____ Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Otro
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Farmacia Preferida: _____
Método preferido de la facturación: Correo Electrónico Correo
Dentista que lo refirió: _____ Ortodoncista: _____
Esta actualmente en dolor? Si/No Razon por su visita: _____

PERSONA RESPONSABLE/ INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Nombre de la persona responsable: _____ Relación con paciente: _____
Seguro Social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____
Compañía de aseguranza: _____ Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de aseguranza: _____ ID#: _____
Número de grupo: _____ Empleador: _____
Dirección del suscriptor: _____

Firma Del Paciente (o persona autorizada legalmente) Fecha

Relación al paciente (padre, tutor, etc.)

ASEGURANZA

Para nuestros pacientes que tienen indemnización por reembolso los programas y los transportistas, facturaremos su seguro como una cortesía a usted. Este contrato es entre usted y su compañía de seguros, y que son totalmente responsables por cualquier cantidad no pagada por el seguro. Nuestros registros de la oficina no garantiza que su seguro pagará. Vamos a realizar nuestros procedimientos de rutina con su seguro de facturación, pero si el reclamo se niega, **usted es el responsable de todo el saldo de su factura dentro de los 30 días a partir de la notificación de negación.** Nuestra oficina no entrara en conflicto con su compañía de seguros sobre su reclamación. Esta es su responsabilidad y obligación.

Es importante que usted sepa que si no hemos recibido pago de su compañía de seguros en un plazo de 60 días de servicio, el balance se convierte en su responsabilidad.

Para nuestros pacientes con HMO/DMO cobertura, somos proveedores preferidos y estamos de acuerdo en aprobar las tarifas de estos servicios, en acuerdo con su aseguranza. Nosotros sólo estamos autorizados a proveer los servicios convenidos. Si usted y nuestra oficina deciden mutuamente realizar y recibir servicios fuera de nuestro contrato con su aseguranza, usted será responsable del pago de los cargos.

El pago debe hacerse en el día de la cirugía. Esta es su responsabilidad y obligación.

_____ (iniciales) Al poner mis iniciales, Yo reconosco que he leído y comprendo todo lo de arriba sobre aseguranza(s).

MEDICARE/MEDI-CAL/MEDICAID

Dr. Kiken no es un proveedor de Medicare, Medi-Cal o Medicaid. Podremos verlo(a) y tratarlo(a) si es lo que desea, pero tenga por dicho que la factura es su responsabilidad total. No se cobrara a Medicare, Medi-Cal o Medicaid por usted. Los cargos se deben de pagar en su totalidad en el momento del servicio. He leído la declaración anterior y todavía deseo que Dr. Kiken me trate. Estoy de acuerdo en que no voy a tratar de obtener el reembolso de Medicare y no esperar que el Dr. Kiken o personal cobre por mí. Yo asumo toda la responsabilidad financiera de todos los gastos de mi cuidado.

_____ (iniciales) Al poner mis iniciales, Yo reconosco que he leído y comprendo tolo lo de arriba sobre Medicare.

SERVICIOS RAYOS X

Radiografía digital panorámica o cono de TC puede ser necesaria para el completo diagnóstico y plan de tratamiento de su caso. Estos rayos X son obligatorias para médico-legales y de seguros. Se le cobrara a su seguro pero no hay garantía de pago. Si su compañía de seguros niega pago de los rayos X, usted sera financieramente responsable. No se toman radiografías innecesarias. Pequeñas o viejos Rayos X (más de seis meses) no siempre son adecuadas para fines quirúrgicos.

_____ (iniciales) Al poner mis iniciales, Yo reconosco que he leído y comprendo tolo lo de arriba sobre Rayos X.

Firma Del Paciente (o persona autorizada legalmente)

Fecha

Relación al paciente (padre, tutor, etc.)