



CERVANTES & PRADO DENTAL CARE, INC

Rupert Cervantes, DDS & Veronica Prado, DDS
1620 Valle, Vista Ave., Ste# 150 Vallejo, CA 94589 Ph: (707) 557-5822
www.cpdentalcare.com

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Marque al cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Empleador del paciente _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Cónyuge o nombre del padre _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

A quien le podemos agradecer por derivarlo? _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre del responsable de esta cuenta (si es diferente) _____ Relación con el paciente _____

Dirección (si es diferente a la de arriba mencionada) _____ Teléfono particular _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

No. De licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución Financiera _____

Empleador _____ Teléfono _____

Esta persona es actualmente paciente de nuestra oficina? Si No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiere. Pago total en cada cita:

Efectivo Tarjeta de debito/de cheques Tarjeta de crédito: Visa Mastercard American Express Care Credit Deseo analizar las políticas de pago

Información del Plan Dental

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ No de sindicato o gremio local _____ Teléfono _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de seguros _____ No de grupo _____ Política/no de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De cuanto es su deducible? _____ Cuanto ha usado? _____ Beneficio máximo _____

TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL? SI NO SI LA RESPUESTA ES SI, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De cuanto es su deducible? _____ Cuanto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Información de Plan Medico

Nombre _____ No. de Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
No. de Identificación _____ No. de póliza _____ Relación del paciente _____

A quien podemos agradecer por referirlo?

Uno de nuestros pacientes valorados _____

Nuestra pagina de Internet _____ Otro _____

Por favor nombre a otros pacientes de su familia que son pacientes de nuestra oficina

Responsabilidades del paciente: Estamos comprometidos a proveerle a usted con el mejor cuidado posible y ayudarle a lograr su salud oral optima. Hacia su meta nos gustaría explicarle sus responsabilidades financieras y programación. Su situación financiera y las responsabilidades de programación con nuestra practica.

Uso del Teléfono Celular: Por favor, no use su teléfono celular en el área de tratamiento. Por informe a un miembro del personal si necesita salir para hacer una llamada. El uso del teléfono celular en el área de tratamiento puede distraer al médico y a el personal, así como a otros pacientes. _____ (iniciales)

Pagos: Los pagos vencen al tiempo que los servicios son prestados, arreglos financieros se discuten durante la visita inicial y un acuerdo financiero se completa antes de realizar cualquier tratamiento con nuestra práctica. Yo entiendo que si proporciono un contacto del teléfono celular, Cervantes y Prado Dental Care o su representante podrá utilizar ese número de teléfono para ponerse en contacto conmigo acerca de servicios médicos, dentales, de facturación u otras cuestiones.

Tenga en cuenta: si usted eligió para solicitar financiación por terceros administradores a través de nuestra práctica. Estamos obligados por ley a proveer con un aviso de crédito para servicio dental.

Plan de beneficios dentales: Sus beneficios dentales, es un contrato entre usted o su empleador y el plan de beneficios dentales. Estamos encantados de ayudar a nuestros pacientes con el plan de beneficios dentales de entender y maximizar su cobertura.

Si somos proveedores contratados con su plan: Usted es responsable solamente de la porción de la tarifa aprobada según lo determinado por su plan. Estamos obligados a cobrar la parte de los pacientes (deductible, so asegurado, copago, o de cualquier cantidad no cubierto por el plan de beneficios dentales) en su totalidad al momento del servicio. Si nuestra estimación de la porción es menor que la cantidad determinada por su plan, el importe facturado se le van a ser ajustados para reflejar esto.

Si somos proveedores contratados con su plan de beneficios dentales: es responsabilidad del paciente verificar con el plan, si el plan permite a los pacientes reembolsar los servicios de proveedores fuera de la red. Si su plan le permite el reembolso de los servicios de proveedores fuera de la red, nuestra práctica puede presentar el reclamo ante su plan y recibir el reembolso directamente del plan de beneficios si se asigna a nosotros. En estas circunstancias, usted es responsable y se le factura por cualquier saldo pendiente de pago por los servicios prestados al recibir el pago del plan para nuestra práctica. Incluso si esa cantidad es diferente a nuestra porción de pacientes estimados de la cuenta. Si decide no asignar beneficios a nuestra practica, usted es responsable de presentar reclamaciones y obtener el reembolso directamente de su plan de beneficios dentales, y será responsable por el pago a nuestra practica, usted es responsable de presentar reclamaciones y obtener el reembolso directamente de su plan de beneficios dentales, y será responsable por el pago a nuestra practica antes o en el momento de los servicios.

Programación de citas: reservamos el tiempo del dentista en el programa para cada procedimiento del paciente y diligente sobre estar a tiempo. Debido a esta cortesía, cuando un paciente que cancela una cita, impacta la calidad de servicios que somos capaces de proporcionar. Para mantener el excelente servicio y cuidado requerimos 48 horas de anticipación para cambiar o cancelar su cita. Con un preaviso de menos de 48 horas, una cuota de \$50 por cada 30 minutos que se le ponga en el programa será requerida. Para servir a todos nuestros pacientes de manera oportuna, es necesario volver a programar una cita, si el paciente tiene quince minutos de retraso o más de llegar a nuestra practica. Para volver a programar una cita por la llegada tardía una cuota de \$50 o deposito para reservar la hora de la cita de nuevo, puede ser requerida.

Autorización: Entiendo que la información que he dado hoy es correcta según mi conocimiento. Yo autorizo a este equipo dental para llevar acabo cualquier servicio dental que necesite y tiene el consentimiento para el momento del diagnostico y tratamiento _____ (iniciales)

He leído lo anterior y estoy de acuerdo con los términos financieros y de la programación de citas. _____ (iniciales)

Yo autorizo la entrega de la información necesaria para procesar mis reclamos de beneficios dentales. Yo autorizo el pago directamente a este medico, de otro modo será pagado a mi _____ (iniciales)

Tengo conocimiento de que una copia de esta practica (hoja de materiales) se han puesto a mis disposición. Me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener con respecto a esta hoja de datos. _____ (iniciales)

Firma _____ Fecha _____