

**LINCOLN AVENUE DENTAL GROUP**

**Registro del Paciente**

**Información del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código Postal  
Sexo: F M Casado/soltero/menor (circule)

A quien le damos gracias por referirlo? \_\_\_\_\_

A quien contactamos en caso de emergencia? \_\_\_\_\_

Nombre teléfono

Persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_

No. Seguro Social \_\_\_\_\_

**Confirmacion de Citas**

\*\*\*Como cortesía a nuestros pacientes, los llamamos por lo menos un día antes para confirmar su cita. Por favor indique abajo como quiere que nos comuniquemos con usted para confirmar su cita.

Teléfono: \_\_\_\_\_ casa/trabajo/celular/otro \_\_\_\_\_

Por Email: \_\_\_\_\_ Buzón de email: \_\_\_\_\_

\*\*No gracias, no necesito que me recuerden: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Estamos dedicados a darle cuidado de calidad a nuestros pacientes y estamos satisfechos de poder darles citas que acomoden su horario complejo. En retorno, pedimos que nuestros pacientes hagan todo a su alcance para mantener sus citas dentales. Requerimos que nos notifiquen con un mínimo de 24 horas para así poder acomodar a otro paciente. **Se le aplicara un cargo de \$50.00 por romper ó no asistir a su cita sin notificación adelantada.** Gracias por su cooperación y por permitirnos servirle a todos nuestros pacientes.

**Entiendo y estoy de acuerdo con esta política de llamar con 24 horas de anticipación:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consentimiento del Menor/Niño**

Yo soy el padre/madre, tutor, o representante personal de: \_\_\_\_\_  
Nombre del menor

Y no existe ninguna orden vigente del tribunal que me prohíba firmar este consentimiento. Yo pido y autorizo al personal a darle el servicio dental necesario al menor suscrito arriba, incluso pero no limitado a radiografías, y la administración de anestesia, que sean recomendados por el dentista, esté yo presente o no cuando el tratamiento sea rendido.

**Traspaso de los beneficios del Seguro y Autorización para la divulgación de información**

Yo certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura de seguro y que traspaso directamente al Dr. Kanugh ó al Dr. Kuglitsch todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagados a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mi hijo menor de edad y puded divulgar dicha información a esta compania de seguro y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro ó los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento se complete o en un año de la fecha indicada a continuación.

**Acuerdo Financiero**

Acepto que el pago por los servicios es pagadero cuando se realice el tratamiento, Yo estoy de acuerdo en que los padres, los tutores ó representantes personales son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/nino. Acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos por servicios o articulos provistos a mi ó al paciente. Entiendo que el presentar una reclamación con la compañía de seguro no me libera de responsabilidad por el pago de todos los cargos. **Un cargo de 1.5%** será aplicado a su cuenta cada mes por balances con más de 60 días.

**Certificación**

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud ó la salud de mi hijo(a)/menor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, guardián ó representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre, guardián ó representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente