



SILVERWOLF
— D · E · N · T · A · L —

David V. Fischer, DDS

Family & Cosmetic Dentistry

Gracias por elegir nuestra clínica dental. Haremos todo lo posible para darle el mejor tratamiento que podemos. Para ayudarnos atender todas sus necesidades dentales, favor de llenar este formulario completamente. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, pregúntenos estaremos feliz de ayudarle.

Información Confidencial del Paciente

SSN: _____

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ N0 de Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código _____

Email _____ N Celular _____

Marque el Apropiado: Nino/a, Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Separado/a

Si estudiante, Nombre de escuela _____ Ciudad _____ Estado _____

Código _____

Empleador de paciente o Padre _____ N de Trabajo _____

Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____

Código _____

Nombre de esposo/a _____ Empleador _____ N de Trabajo _____

¿A quién debemos agradecer por referirle a nosotros? _____

Nombre de persona que no vive con Ud. Que podemos llamar en emergencia _____

Teléfono _____

Persona Responsable

Nombre de persona responsable por la cuenta _____ Relación al paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código _____

Email _____ Fecha de nacimiento _____ Celular _____

Empleador _____ N de Trabajo _____ SSN _____

¿Es esta persona un paciente del consultorio? Si ___ No ___

Para su conveniencia, ofrecemos las siguientes formas de pago. Favor de marca lo más apropiado

Dinero ____, Cheque Personal ____, Debito ____, Crédito Visa ____, MasterCard ____,

Discover _____

Se paga en completo al tiempo del servicio.

Información de Seguro

Nombre de Asegurado _____ Relación de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____ Fecha de Empleado _____

Empleador _____ N de Trabajo _____

Compañía de Seguro _____ N de Grupo _____ N de Póliza _____

Dirección de Seguro _____ Ciudad _____ Estado _____
Código _____

Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios rendados a mi o miembros de mi familia a Silver Wolf Dental. Yo entiendo que Silver Wolf Dental va a buscar el pago de mi compañía de seguro para cantidades cubrió por el seguro. Yo entiendo, sin embargo, si mi proveedor del seguro falla de pagar por el servicio dental, yo soy últimamente responsable para pagar todas cantidades en completo dentro de 90 días de la fecha del servicio. Si fallo de pagar, estoy de acuerdo en pagar una carga de finanzas de 1.5% por mes (18% por año) del equilibrado impagado. Sera necesario utilizar colecciones, estoy de acuerdo en pagar 50% en adicional de honorario de la colección y todos los gastos judiciales que tratan con colecciones, con o sin el juicio, inclusivo honorarios de abogado y costos de tribunal. Entiendo que habrá un cargo de \$60.00 si cancelo una cita planificada dentro de 24 horas de la cita. Entiendo que debido a los términos de la oficina y ciertos contratos del seguro, las tarifas por cancelación no son negociables y no serán quitados de mi cuenta. Entiendo que Silver Wolf Dental no acepta cancelaciones por mensaje telefónico. Debe cualquier conflicto surge entre este acuerdo y formas previas, los términos de este acuerdo desbancaran.

Firma _____ Fecha _____ Relacion _____
