



Fecha: _____

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono: (____) _____ Cell: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Licencia de Conducir#: _____ Correo Electrónico: _____

¿Como nos encontró? _____ Empleador: _____

Información de Seguranza

Nombre de Seguro Co.: _____ Teléfono: (____) _____ Grupo#: _____

Dirección de Seguro: _____

Nombre del Asegurado Primario: _____ Seguro Social#: _____

Asegurados Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono#: (____) _____

Nombre de Medico: _____ Teléfono#: (____) _____

Kiggins Family Dentistry – Facturación de Cortesía

Nuestra oficina requiere un aviso de al menos 24 horas antes de la cancelación o cambio de una cita.

Lo invitamos a discutir con nosotros cualquier pregunta sobre nuestros servicios. Los mejores servicios de salud dental se basan en un entendimiento mutuo y amistoso entre proveedor y paciente.

Como cortesía hacia usted, verificaremos los beneficios de su seguro, presentaremos todos sus reclamos dentales, le informaremos cuando su compañía de seguro no haya pagado el monto estimado y presentaremos una apelación en su nombre cuando sea necesario.

Usted será responsable de pagar sus copagos y deducibles en el momento del servicio, pagar cualquier saldo restante después de recibir los pagos del seguro, brindarnos la información de seguro más actualizada y conocer sus beneficios y cobertura dentales. Si la cuenta no se paga dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio y no se han realizado arreglos financieros, usted será responsable de los honorarios legales, los honorarios de la agencia de cobranza, los cargos por intereses y cualquier otro gasto incurrido al cobrar su cuenta.

He leído y entiendo las condiciones de las opciones de facturación de cortesía. Certifico que estoy cubierto por Seguranza Co. y asigno directamente a Kiggins Family Dentistry todos los beneficios del seguro. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios presentados y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. Por la presente autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar los beneficios de pago. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguro, ya sean manuales o electrónicas. Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se complete correctamente según mi leal saber y entender y entiendo que es mi responsabilidad informar a Kiggins Family Dentistry de cualquier cambio en la información que he proporcionado.

NOMBRE

Firma

Fecha



Fecha: Nombre:

Historial Medico

Su salud física actual es: **Bueno** **Regular** **Pobre**

¿Está Actualmente bajo el cuidado de un medico? **SI** **NO**

¿Si es así, por qué?: _____

¿Fuma o consume tabaco de cualquier otra forma? **SI** **NO** ¿si es así, cuantas por día? _____

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

SI / NO Aspirina **SI / NO** Barbitúricos **SI / NO** Codeína **SI / NO** Eritromicina

SI / NO Anestésicos Dentales **SI / NO** Joyería/Metales **SI / NO** Látex **SI / NO** Penicilina

SI / NO Sedantes **SI / NO** Solfas **SI / NO** Tetraciclina **SI / NO** Otros _____

Por favor enumere cualquier medicamento o material adicional que cause reacciones alérgicas. :

Para Mujeres:

¿Estás tomando pastillas anticonceptivos? **SI / NO**

¿Estás embarazada? **SI / NO** ¿Cuántos meses? _____ ¿Estás amamantando? **SI / NO**

Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente:

¿Alguna vez ha recibido radiación en la cabeza o el cuello? **SI / NO**

¿Ha tenido alguna condición médica previa? : _____
