

Acuerdo financiero

**1. ARCHIVO / PAGO DEL SEGURO**

Como cortesía para nuestros pacientes, presentamos reclamos de seguro dental en su nombre. Solo podemos hacer estimaciones con respecto a los beneficios de su seguro basados en la información provista por usted y la compañía de seguros. Al firmar este formulario, usted acepta asignar el pago de los beneficios del seguro directamente a Elmora Dental Associates; y autoriza la publicación de cualquier información relacionada con el procesamiento de estos reclamos. Si la compañía de seguros no paga el reclamo según lo solicitado, el paciente es inmediatamente responsable de hacernos esos pagos.

**2. INFORMACIÓN DEL SEGURO / PARTE RESPONSABLE**

Lo siguiente es para: \_\_\_\_ el paciente, \_\_\_\_ la persona responsable del pago ( cónyuge / padre / etc.)

Nombre : \_\_\_\_\_ Hombre / Mujer: \_\_\_\_\_

Número de seguro social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Casado / Soltero / Niño / Otro (círculo)

Email: \_\_\_\_\_

Nombre del titular principal del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del plan de seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ GROUP#: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**3. POLÍTICA DE CANCELACIÓN / REPROGRAMACIÓN DE CITAS**

Nos preocupamos por usted y sus seres queridos, así que nos comprometemos a:

1. Siempre llegue a tiempo y minimice los tiempos de espera
2. Respete su horario y proporcione los horarios de citas más convenientes

Para ayudarnos a lograr estos objetivos y ofrecer una experiencia cómoda / hogareña, asignamos recursos y tiempo para la cita de cada paciente. Estamos muy satisfechos cuando sales de nuestra oficina muy feliz. Entendemos que en ocasiones puede necesitar mudarse o cambiar su cita con nosotros, le solicitamos que nos envíe amablemente un aviso con **24 horas** de anticipación a su cita para cualquier cambio

Nuestra práctica cobra las siguientes tarifas para ayudarnos a mantener nuestro horario actual / disponible para pacientes de emergencia:

1. **\$ 35** por cita perdida o falta de notificación de cancelación de 24 horas.

He leído completamente y entiendo el contenido de este acuerdo y acepto cumplir con estas políticas de pago.

\_\_\_\_\_  
Firma: (paciente / padre / tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha