Molar Magic
General Dentistry and Orthodontic
for Kids and Young Adults

Información de Seguro Comercial

Nombre del Paciente_____ **Fecha de Nacimiento**_____

Primario

Nombre del asegurado: _____ # Seguro Social _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ # ID: _____ # del Grupo (plan):_____

Dirección residencial:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Patrón: _____

Dirección del Patrón: _____
Ciudad Estado Teléfono

Relación con el Paciente: ☐ Uno mismo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Otro: _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____

Secondario (si aplica)

Nombre del asegurado: _____ # Seguro Social _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ # ID: _____ # del Grupo (plan):_____

Dirección residencial:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Patrón: _____

Dirección del Patrón: _____
Ciudad Estado Teléfono

Relación con el Paciente: ☐ Uno Mismo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Otro _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____

Autorización de Aseguranza / Seguro

Favor de poner sus iniciales y firme en la línea

_____ Yo entiendo que el pago debe hacerse **antes** de recibir el tratamiento

_____ Yo autorizo la entrega de cualquier información a mi aseguranza/seguro

_____ **Yo entiendo que soy responsable por el costo total no cubierto por mi aseguranza/seguro**

_____ Yo autorizo el pago directo a mi doctor

_____ Yo autorizo a mi doctor para actuar como mi agente ayudándome a obtener el pago de estos servicios a mi aseguranza/seguro

_____ Yo entiendo que si yo recibo pago de mi compañía de aseguranza/seguro por el tratamiento, soy responsable por el pago de los servicios recibidos en la oficina dental.

_____ _____ _____
Firma del Paciente, Pariente o Responsable Fecha Relación con el Paciente