



Fernando J. Meza, DMD, PLLC

H. Vivian Lee, DDS

PRACTICE LIMITED TO ENDODONTICS

4660 Kenmore Ave. Suite 700, Alexandria, VA 22304

P: 703.370.1327 | F: 703.370.1907

Información del Paciente

Nombre: _____ SSN#: _____
Teléfono: (Casa) _____ (Celular): _____ Fecha Nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Lugar de Trabajo: _____ Teléfono Oficina: _____
(Marque con Círculo) Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
A quien agradecemos por referirlo a nuestra oficina? _____
Dentista General (Si el/ella no lo refirió): _____
En caso de Emergencia notificar a: _____
Teléfono: _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Principal:

Titular de la Póliza (Si no es el paciente): _____ SSN #: _____
Fecha Nacimiento: ___/___/___ Relación con Pt.: _____ Empleador: _____
Nombre Compañía de Seguro: _____ Teléfono: _____
Registro/ID: _____ Grupo: _____

Seguro Adicional

Titular de la Póliza (Si no es el paciente): _____ SSN #: _____
Fecha Nacimiento: ___/___/___ Relación con Pt.: _____ Empleador: _____
Nombre Compañía de Seguro: _____ Teléfono: _____
Registro/ID: _____ Grupo: _____

Acuerdo Financiero

En nuestra oficina, nosotros haremos todo lo posible por calcular exactitud el valor de sus beneficios y la porción que a Ud. Le toca pagar, sin embargo no podemos garantizar el monto final ya que este es determinado por su compañía de seguro. El día de su cita, nosotros le cobraremos el valor calculado que le corresponde pagar a Ud. y, como cortesía, enviaremos la orden de pago a su seguro. Tomo hasta 4 semanas para que la compañía de seguros procese el pago. Cualquier porción no cubierta por el seguro después de 4 semanas será responsabilidad del paciente por pagar en 30 días. Por favor firme abajo para indicar que entiende y esta de acuerdo con estas condiciones. Gracias.

Firma del Paciente/Guardián _____ Fecha: ___/___/___