



Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203  
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203  
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

Favor de responder a las siguientes preguntas en su totalidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Inicial del segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Condado) (Código Postal)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Alternativo: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Menor de edad

Empleador: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Compañía) (Dirección) (Ciudad, Estado y Código Postal) (Teléfono)

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se entero de nosotros?: \_\_\_\_\_

Método de Pago: El pago completo por los servicios dentales prestados, se debe realizar al momento de recibir el servicio. Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard y Discover. Para nuestros pacientes que necesiten un cuidado dental prolongado, ofrecemos planes de pago. Los planes de pago DEBEN ser discutidos y por escrito por parte del gerente del centro dental.

Información del Seguro: Por favor, marque la casilla adecuada que aplica al paciente:

Tarjeta STAR (Programa de Asistencia de Pago Gradual)  No Cobertura  # de Identificación Medicaid: \_\_\_\_\_

# de Identificación de Health Choice: \_\_\_\_\_

# de Identificación de Seguro Privado: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

Por favor, para su conveniencia, proporcione una copia de sus tarjetas de seguro en la recepción para que se archive la información adecuada. Si las tarjetas no están disponibles, no podremos procesar ninguna reclamación, por lo tanto usted será responsable por todos los gastos incurridos.

Garante/Parte Responsable: Solo completar si la persona responsable NO es el paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Inicial del segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Compañía) (Dirección) (Ciudad, Estado y Código Postal) (Teléfono)

**Asignación de Beneficios, Entrega de Información, Acuerdo de Pago:**

Entiendo que el pago por servicios debe ser al momento de la visita a menos que se han hecho otros arreglos. Acepto que soy responsable por el pago completo de esta cuenta y de los costos judiciales/honorarios de abogados asociados con la recaudación de esta cuenta. Doy mi permiso a MERCE Family Healthcare de entregar cualquier información que sea necesario a cualquier compañía de seguros o tercer parte según las guías de HIPAA.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

