

# Información de Asegurancia Dental

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurancia Dental: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Por la presente acepto pagar todos los cargos que excedan o que exceden o que no sean cubiertos por la asegurancia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## Póliza de Cancelación

Entendemos que algunas veces al paciente le es imposible presentarse a las citas agendadas por circunstancias imprevistas. Sin embargo, requerimos que si por algún motivo tiene que cambiar o cancelar su cita nos avise por lo menos con 24 horas de anticipo.

Si no se presenta, o no reagenda/cancela su cita con 24 horas de anticipo, un cargo de \$50 dólares será aplicado a su cita. Su cita no será reagendada hasta que ese cargo sea pagado.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_