

## Kerman Dental Group

184 S. Madera Ave  
Kerman, CA 93630  
Ph: 559.846.3333

### Información Sobre Nuestra Práctica

**Citas:** Reconocemos el valor de su tiempo. Haremos todo lo posible para verlo(a) lo más rápido posible. Si hay algún retraso en su hora señalada, nuestro equipo le informara de inmediato. Es importante asistir a su cita a la hora programada. Si su horario requiere que usted debe dejar su cita en un momento determinado, por favor asegúrese de comunicar eso y haremos todo lo posible para que eso suceda.

#### Su Visita Incluye Sus Opciones Para:

Tiempo de Calidad con el médico y el personal  
Recorrido visual por la boca  
Reparación optima de los dientes con la últimas técnicas y materiales

**Emergencias:** Las emergencias dentales surgen de vez en cuando. Cuando suceden, llame a nuestra oficina de inmediato. Estamos equipados para tomar todas las llamadas telefónicas antes o después del horario comercial y devolver su llamada tan pronto como sea posible.

**Seguro Dental:** Estamos encantados de presentar los formularios necesarios para ver que recibe los beneficios óptimos de su cobertura, sin embargo, no podemos garantizar ninguna cobertura estimada. Debido a que la póliza de seguro es un acuerdo entre usted y la compañía de seguros, pedimos que todos nuestros pacientes sean directamente responsables de todos los cargos. Tenga en cuenta que haremos todo lo posible para que reciba los máximos beneficios. No somos su compañía de seguros y no somos responsables de ninguna decisión o error que tome.

**Cancelaciones:** No podemos extender una tarifa de "Sin Cargo" a nuestros pacientes que nos dan 48 horas de anticipación si no pueden mantener la cita programada. Se hará un cargo de \$65 por paciente para cada cita que no se notifique adecuadamente.

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Kerman Dental Group

184 S. Madera Ave  
Kerman, CA 93630  
Ph: 559.846.3333

---

### **RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

---

\*Puede negarse a firmar este reconocimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, ha recibido una copia de  
Aviso de prácticas de Privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Por favor imprima su nombre

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

#### SOLO PARA USO DE OFICINA

Intentamos obtener un recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de  
Privacidad, pero el reconocimiento no podía deberse a:

---

- ( ) Individual se negó a firmar
- ( ) Barreras de comunicaciones prohibidas para obtener el reconocimiento
- ( ) Una emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- ( ) Otro \_\_\_\_\_

©2002, 2009 American Dental Association. All Rights Reserved. Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association. This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002; April 30, 2009).

**Kerman Dental Group**

**Registro de Pacientes**

184 S. Madera Ave  
Kerman, CA 93630

**Información del Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Medio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Parte Responsable (Información de Padre si es menor de edad):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Medio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Dental:**

**Seguro Primario:**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_