

**JAMES L. MUNCY, D.D.S., P.C.**  
**BEATRICE D. MUNCY, D.D.S.**  
2817 NORTH PARHAM RD.  
RICHMOND, VA 23294

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_  
# Telefono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino / Femenino Indicar uno: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)  
Nombres de otros familiares que son pacientes en nuestra practica \_\_\_\_\_  
Quien lo/la refirio a nuestra practica? \_\_\_\_\_  
Contacto en caso de emergencias \_\_\_\_\_ # Tel \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
Direccion (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente: Mismo(a) Esposo(a) Padre Madre Otro \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO DENTAL**

Nombre de compania de seguro \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_  
Persona inscrita en la polisa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente (circule uno): Mismo(a) Esposo(a) Hijo Hija Otro \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL SECUNDARIO**

Nombre de compania de seguro \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_  
Persona inscrita en la polisa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente (circule uno): Mismo(a) Esposo(a) Hijo Hija Otro \_\_\_\_\_

**Por favor de presentar la tarjeta de seguro dental y la licencia de manejar para duplicarlas.**

- 1) Entiendo que toda responsabilidad de pago para los servicios dentales que ofrece esta practica para mi o mis dependientes es mia. Los pagos hay que hacerlos el mismo dia que se completan los servicios/tratamientos, a menos que otros arreglos se hayan hecho. Si hay seguro dental, todo deducible o "co-payment" es debido tambien. En el caso que pagos no son recibidos cuando debido, entiendo que un sobrecargo de 1½% pueda ser agregado a la cuenta, hasta con un minimo de \$1.00.  
**< Aceptamos dinero en efectivo, cheque personal, VISA o MasterCard. >**
- 2) En el caso de que mi cuenta sea referida a un abogado o una agencia de coleccion, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de coleccion y de la corte, incluyendo gastos de abogado(s) o agencia de coleccion en la cantidad de treintaitres y un tercio porciento (33 1/3%) del total de la deuda debida.
- 3) A menos que sea cancelada con **por lo menos 24 horas de aviso**, puede que haya un cargo por sitas fayadas.  
**< Por favor, ayudenos servirlos mejor manteniendo su sita. >**
- 4) La informacion en este formulario es verdadera y completa en mis mejores conosimientos y sera usada solo en relacion con mi tratamiento dental, en el cobrar de los gastos indicados y en el reclamo de beneficios que me pertenecen del seguro dental. No mantendre mi dentista ni ningun empleado(a) de la practica responsable por cualquier error u omission que habe cometido al completar este formulario. Entiendo que mi firma se usara como "Signature on file" ("Firma en cuaderno") para procesar los reclamos del seguro dental. Una copia de este contrato sera considerada tan valida como el original.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Paciente, Padre/Madre o Tutor Legal