

Nombre del paciente (Rellene esta sección)		Persona responsable (Información requerida sobre empleo e ingresos)		Fecha de hoy / /	
Nombre de pila:	Medio:	Último:	Fecha de nacimiento de las pacientes: / /		
Dirección de casa:		Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
Dirección de envío:		Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
Teléfono de casa: () -		Teléfono móvil: () -			
Seguridad Social - -	¿Tienes seguro? ☐ No ☐ Si Si es así, ¿qué seguro?				
Estado civil: ☐ Única ☐ En una relación ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Apartada ☐ Viuda					

OTRAS PERSONAS en su hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento
--------	---------------------

Descuento de tarifa variable según designación de grupo

<u>Servicios elegibles</u>	<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>	<u>Grupo C</u>	<u>Grupo D</u>	<u>Grupo E</u>
Salud conductual / Dermatología / Podología / Pediatría / Fisioterapia / Atención primaria / Salud de la mujer	Sin descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Atención dental (Servicios preventivos/Emergencias)	Sin descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Cuidado dental (procedimientos dentales ampliados) Selladores, empastes, periodoncia, extracciones, endodoncia, coronas, puentes, prótesis parciales, prótesis dentales, reparaciones protésicas, mantenedores de espacio, protectores oclusales y modificaciones de tejidos duros y blandos.	Sin descuento	10% Descuento [^]	30% Descuento [^]	60% Descuento [^]	\$40*

**Si corresponde, se aplicarán costos adicionales de bolsillo por las tarifas de laboratorio.*

[^]Descuento aplicado al total de los costos del servicio.

Los suministros, equipos y cargos de laboratorio que excedan la tarifa variable son responsabilidad del paciente.

Los suministros, equipos y cargos