



Por Favor llene todos los espacios

BIENVENIDOS

Nombre del menor _____ Sexo M F Edad _____
Seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
Apodos _____ Pasatiempos _____ Celular() _____
Domicilio _____ Codigo Postal _____ Domicillio de correspondencia _____
Nombre de escuela _____ Telefono de escuela() _____
Persona responsable financier _____ Telefono de casa() _____ Trabajo() _____
A quien podemos agradecer por referirlo? _____

INFORMACION DE PADRES

Nombre de padre a guardian

Domicilio (si es diferente) _____ E-mail _____

Empleador _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Tiene aseguranza dental cubriendo al nino (a)? si no

Nombre de plan _____ telefono() _____

Direccion _____

Grupo# _____ Numero de poliza _____

Nombre de madre o guardian

Domicilio (si es diferente al anterior) _____ E-mail _____

Empleador _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Tiene aseguranza dental cubriendo al nino (a)? si no

Nombre de plan _____ Telefono() _____

Direccion _____

Grupo# _____ Numero de poliza _____

Es su hijo (a) elegible para tratamiento bajo asistencia medica? si no

HISTORIAL DENTAL

Fecha de la ultima visita ai dentist _____ Cual fue el servicio? _____

Se ha quejado se hijo (a) de algun problema dental? ____si ____no

Se cepilla los dientes diario? ____si ____no

Usa hilo dental todos los dias? ____si ____no

Toma algun tipo de fluoruro? ____si ____no

Se ha lastimado su boca dientes o cabeza? ____si ____no

Alguna mala ezperiencia con el dentist? ____si ____no

Tiene algunos habitos como:

Succionar su dedo, morder las unas, respirar por la boca, chupon, dormer con le biberon, ect? ____si ____no

HISTORIAL MEDICO

Nombre de doctor del nino _____ Ciudad/Estrado _____ Telefono _____

Fecha de ultima examinacion fisica _____ Resultados _____

Esta bajo cargo de especialista? ____si ____no Medicamentos _____

Recibe medicamentos o drogas? ____si ____no _____

Ha tenido cirujias? ____si ____no Alergias _____

Ha sido hospitalizado? ____si ____no _____

Sangramiento exesivo? ____si ____no _____

El menor ha tenido historial o dificultad con alguna de lo siguiente?

__V.I.H/SIDA__Cerebal Palsy__Epilepsia__Enfermedad de rinones__Fievre Rehumatica

__Anemia__Viruela__Desmayo__Enfermedad de higado__Problemas de sinusitis

__Asma__Convulsiones__Problemas de oido__Problemas de tiriode__Problemas de vejiga

__Dibetes__Problemas de Corazon__Mononucleosis__Tuberculosis__Cancer__Abuso de drogas/alcohol

__Hepatitis__Paperas__Otros

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN CONTRACTAMOS?

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Smiles For Kids, West

Polizas de oficina

Bienvenidos a nuestra oficina y le agradecemos por elegirnos como su abastecedores del cuidado dental. Tenemos confianza que su tratamiento es acertado. Todos los pacientes deben llenar el formulario y firmar nuestra información de nuevo paciente antes de cualquier tratamiento. Le pedimos que por favor lea las polizas siguientes de la oficina para familiarizarse con nuestra oficina. Después de leerlo, por favor firme abajo. Gracias.

EL PAGO COMPLETO ES DEBIDO A LA HORA DE SERVICIO

Los presupuestos para el cuidado dental son aproximados y disponibles después del examen. Un cargo financiero mensual de 18% se aplica a los balances no pagados por los primeros del siguiente mes después del tratamiento. Habrá un costo de manejo de \$35.00, en la adición a cualquier cargo del banco para cualquier cheque sea regresado por falta de fondos. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, American Express y Discover.

EN RELACIÓN SOBRE ASEGURANZA

Debemos acentuar que como abastecedores del cuidado dental, nuestra relación es con usted y no su compañía de aseguranza. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Aunque somos felices asistirle con sus reclamos de aseguranza, no somos un partido a ese contrato. En el evento que aceptamos la asignación de beneficios, requerimos que usted pague el deducible (o proporcionamos la prueba que usted ya ha pagado el deducible) y pague la porción estimada de su cuenta a la hora de servicio. Aceptamos a menudo la asignación de las ventajas de seguro, no obstante el equilibrio es su responsabilidad si su compañía de aseguranza paga o no. No podemos mandar la cuenta a su compañía de aseguranza a menos que usted nos dé su información completa del seguro.

Damos un plazo de 60 días para que su compañía de seguros mande el pago. En el evento que su aseguranza no ha pagado dentro de un período de 60 días, la cuenta entonces sera enviada a su domicilio y usted será responsable de pagar dentro de 30 días. En aquel momento también resometemos a su compañía de seguros por la ultima vez. Una llamada a su compañía de aseguranza de su parte facilitará grandemente el pago. Recuerde, pago para su cuenta dental es siempre su responsabilidad. Como cortesía, le damos a su compañía de aseguranza 60 días para que somitan pago por los servicios. Todos los porcentajes y deductibles son debidos por completo a la hora del tratamiento.

Recuerde qué lo que recibimos de pago solamente es un presupuesto. Después de recibir su pago de aseguranza, aplicamos el pago a la cuenta o acreditaremos a su cuenta la diferencia.

TARIFAS ACOSTUMBRADAS Y USUALES

Nuestra práctica tiene confianza de proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos tarifas que son generalmente usuales y acostumbradas para nuestra área. Usted es responsable por los pagos sin importar cualquier determinación arbitraria, anticuada de la compañía de aseguranza de tarifas generalmente y acostumbradas.

CITAS Y HORARIO

Por favor recuerde que una vez que usted concierte una cita, el tiempo del doctor, sitio del tratamiento, y empleados han sido reservado específicamente para USTED. Cuando ponemos este tiempo reservado de la cita a un lado para usted lo consideraremos como tiempo que usted ha contratado. Si usted siente que requiere una llamada telefónica para recordarle de la cita, solicite por favor esto de nuestra oficina. **A menos que esté cancelada por lo menos 24 horas por adelantado, nuestra poliza sera cobrar \$25.00 por la cita regular, o \$50 por la cita de sedación oral.** Si ocurre una cita faltada, pedimos que usted pague su honorario faltado de la cita antes de ser visto. Si ocurre una segunda cita faltada, preguntamos que usted pague su honorario de falta de la cita antes de programar su siguiente cita. Si ocurre una tercera cita faltada, preguntamos que usted tome el tiempo de encontrar un abastecedor nuevo del cuidado dental. Cuando los pacientes no pueden llegar para las citas que programan, se pierde ese tiempo que podría ser utilizado para tratar a otra gente en necesidad de tratamiento. Por favor ayúdenos servirle mejor guardando las citas que usted solicita.

Nosotros valoramos su tiempo. Intentamos seguir el horario y la mayor parte del tiempo. Le pedimos que usted nos ayude a hacer esto llegando por lo menos 5 minutos antes de su cita. **Para que nuestra oficina funcione con eficiencia, pueda ser necesario cambiar la hora de su cita si usted es más de 10 minutos tarde.** Si es incontrolable las circunstancias que han ocurrido para hacerle hasta 15 minutos atrasados, puede haber una posibilidad que usted puede todavía ser visto. Sin embargo, veremos a otros pacientes que llegaron a su cita a tiempo. A pesar de nuestro mejor intento, las emergencias del tratamiento, en la ocasión, se presentan en nuestra oficina que causen un retraso inesperado. Le informaremos de cualquier tal circunstancia en la oportunidad más pronto para evitar cualquier inconveniencia para usted. A continuacion...

PACIENTES MENORES DE EDAD

El padre, el adulto, o el guardian que acompaña al niño durante la cita del niño, es responsables del pago completo. Para los menores de edad que llegan sin adulto o guardian, el tratamiento de regular será negado a menos que los cargos hayan sido autorizadas anteriormente, un plan haya sido aprobado de crédito, a una tarjeta de crédito, pago por caso o cheque **a la hora de servicio.**

GRACIAS POR LEER Y FIRMAR NUESTRAS POLIZAS. POR FAVOR DEJENOS SABER SI USTED TIENE ALGUNAS PREGUNTAS O PREOCUPACIONES

HE LEÍDO LAS POLIZAS Y ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO

NOMBRE (POR FAVOR EN LETRAS DE MOLDE)

FIRMA DEL PARTIDO PACIENTE O RESPONSABLE

FECHA
