

**Tu Hijo**

**Por favor, rellena este formulario según tu conocimiento. La confidencia se mantendrá con todas respuestas. Si tengas alguna pregunta, por favor pregúntanos, y nos estaremos encantados de ayudarte.**

Fecha (mm/dd/aaaa):

Paciente #:

**Información de Paciente**

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Me prefiero llamar:
---------	-----------------	-----------	---------------------

Sexo:	Edad:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Teléfono Residencial:	Escuela:	Grado:
-------	-------	-----------------------------------	-----------------------	----------	--------

Dirección Residencial:	Número de Seguridad Social:	Ciudad:	Estado:	Código Postal
------------------------	-----------------------------	---------	---------	---------------

Por favor, dinos la manera en que nos encontraste (marca todos que apliquen):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo o Pariente (nombre):  | <input type="checkbox"/> Anuncio Televisivo          | <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros  |
| <input type="checkbox"/> Buscador (Google, etcétera) | <input type="checkbox"/> Anuncio en el Correo        | <input type="checkbox"/> Anuncio de Periódico |
| <input type="checkbox"/> Nuestro Sitio Web           | <input type="checkbox"/> Haber Visto Nuestra Oficina | <input type="checkbox"/> Anuncio de Radio     |
| <input type="checkbox"/> Otro Sitio Web:             | <input type="checkbox"/> Otro:                       |   |

Fue un factor en tu decisión nuestro sitio web para visitar nuestra práctica?  Si  No

**Contacto de Emergencia**

*Este contacto debe ser el pariente más cercano que no vive con el paciente.*

Título:	Nombre:	Apellido:	Relación con Paciente:
---------	---------	-----------	------------------------

Teléfono Residencial:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:
-----------------------	----------------------	-------------------	---------------------

Dirección de Contacto de Emergencia:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
--------------------------------------	---------	---------	----------------

**Persona Responsable por Cuenta:**

Título:	Nombre:	Apellido:	Relación con Paciente:
---------	---------	-----------	------------------------

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de Seguridad Social:	Número de Licencia de Conducir:
-----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Teléfono Residencial:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:
-----------------------	----------------------	-------------------	---------------------

Dirección de la Persona Responsable:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
--------------------------------------	---------	---------	----------------

Quién es Responsable por Hacer Citas:

**Información de Madre o Tutor**

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor				
Título:	Nombre:	Apellido:	Correo Electrónico:	
Empleador:			Profesión:	
Teléfono Residencial:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono Celular:	Número de Seguridad Social:	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda				

**Información de Padre o Tutor**

<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor				
Título:	Nombre:	Apellido:	Correo Electrónico:	
Empleador:			Profesión:	
Teléfono Residencial:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono Celular:	Número de Seguridad Social:	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo				

**Información de Seguro Dental**

**Seguro Dental Primario**

Nombre de Titular del Seguro:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de Seguridad Social de Titular del Seguro:	Relación con Paciente:	
Empleador:		Profesión:	Fecha Empleado (mm/aaaa):	
Nombre de Compañía de Seguros:		Número de Identificación de Seguros:	Número de Grupo:	
Dirección de Compañía de Seguros:			Ciudad:	Estado:      Código Postal:
Deducible:	Copago:	Cantidad Ya Utilizado:	Máximo de Beneficio Anual:	

Seguro Dental Secundario			
Nombre de Titular del Seguro:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de Seguridad Social de Titular del Seguro:	Relación con Paciente:
Empleador:	Profesión:	Fecha Empleado (mm/aaaa):	
Nombre de Compañía de Seguros:	Número de grupo:	Número de Empleado:	
Dirección de Compañía de Seguros		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Deducible:	Copago:	Cantidad Ya Utilizado:	Máximo de Beneficio Anual:

Autorización:	
<p><b>Toda la información anterior es correcto según mi saber. Autorizo el uso de este formulario para todas presentaciones de seguros y autorizo la divulgación de información para todas mis compañías de seguros. Entiendo que soy responsable por mi factura. Autorizo a Randy Smith and Mark Marlowe Pediatric Dentistry a actuar como mi agente para ayudarme a obtener pagamiento de mis compañías de seguros. Autorizo pagamiento a Randy Smith and Mark Marlowe Pediatric Dentistry. Doy permiso que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original. Doy a Randy Smith and Mark Marlowe Pediatric Dentistry, sus empleados, y/o otros agentes expreso consentimiento previo para contactarme por cualquier y todos mis números de teléfono, incluyendo mi números celulares (por llamada o mensaje de texto) y correos electrónicos, para el propósito de tratamiento, seguros, o pagamiento.</b></p>	
Firma (tecla tu nombre y firma electrónicamente, o imprime y firma):	Fecha (mm/dd/aaaa):

Consentimiento para Tratamiento:	
Nombre de Paciente:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la presente autorizo que el doctor y personal designado tomen radiografías, modelos de estudio, fotografías, y otras ayudas de diagnóstico que sean consideradas como apropiadas por el doctor para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales del paciente mencionado anteriormente.</li> <li>• Tras dicho diagnóstico, autorizo que el doctor o personal designado realice todo tratamiento recomendado que sea mutuamente acordado por nosotros y que emplee tal ayuda que sea requerida para proveer cuidado apropiado.</li> <li>• Autorizo el uso de anestésicas, sedantes, y otros medicamentos como sea necesario. Entiendo completamente que el uso de agentes anestésicos encarna ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir por una lectura de todas complicaciones posibles.</li> <li>• He leído, entendido, y aceptado a la política de tratamiento anterior.</li> </ul>	
Firma (tecla tu nombre y firma electrónicamente, o imprime y firma):	Fecha (mm/dd/aaaa):

Por favor lista hospitalizaciones/cirugías/enfermedades serias, otras condiciones médicas serias, operaciones inminentes, o otra información médica o dental con fechas correlacionadas que posiblemente puedan afectar el tratamiento dental de tu hijo.

**Formulario de HIPAA de Consentimiento del Paciente**

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad respecto a mi información protegida de salud. Estos derechos me son dados bajo La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (o sea HIPAA o La Ley de Privacidad de Atención Médica). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a Randy Smith and Mark Marlowe Pediatric Dentistry a usar y/o divulgar mi información protegida de salud para llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento que incluye tratamiento directo y/o indirecto por otros profesionales médicos involucrados en mi tratamiento.
- Obtener pagamiento de pagadores terceros, o sea, mi(s) compañía(s) de seguros dental(es) y/o médico(s)
- Las operaciones médicas cotidianas de tu práctica dental.

También he sido informado de, y he sido dado el derecho a revisar y asegurar una copia de tu Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de mi información protegida de salud personal y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que te reservas el derecho a cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo pedir la copia más actualizada de este aviso. Entiendo que tengo el derecho a pedir restricciones de cómo se usa y se divulga mi información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, pagamiento y operaciones de servicios sanitarios, pero que no te es requerido a acordarte a usar estas restricciones pedidas. Sin embargo, si te acuerdas, entonces estás obligado a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha que revoco este consentimiento no será afectado.

Firma (tecla tu nombre y firma electrónicamente, o imprime y firma):	Fecha (mm/dd/aaaa):
--	---------------------

Si estás firmando en nombre de alguien, explica tu relación con el paciente:

**Sólo Para Uso de Oficina**

*El paciente se negó a firmar o no pudo firmar. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener reconocimiento de recepción.*

Las circunstancias siguientes prohibieron que el paciente firme el formulario de consentimiento:

Describe tu esfuerzo de buena fe para obtener la firma del individuo en el formulario:

Firma de Personal de Oficina:	Nombre de Personal de Oficina:	Título de Personal de Oficina:	Fecha (mm/dd/aaaa):
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------

Revisión de Dentista:

Firma de Dentista:	Fecha (mm/dd/aaaa):
--------------------	---------------------

**POLÍTICA FINANCIERA DE RANDY SMITH AND MARK  
MARLOWE PEDIATRIC DENTISTRY**

Gracias por escogernos como tu Proveedor de Cuidado Dental. Nos comprometemos plenamente a tus necesidades, y queremos que tengas una experiencia exitosa mientras estés en nuestra oficina. Por favor entiende que el pagamiento de tu factura se considera como parte de tu tratamiento, y que la responsabilidad es tuya últimamente como padre o tutor.

**No ofrecemos financiamiento interno, y para evitar cobros, todas cuentas tienen que ser pagadas en totalidad dentro de los 90 días.**

- **SEGUROS:** Presentaremos tus seguros como un servicio para ti y haremos nuestro mejor esfuerzo para maximar tus beneficios. Todos Copagos, Deducibles y Porciones han de ser pagados en el momento del servicio. Tu póliza de seguros es un contrato entre tú y tu compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. En general, pero no necesariamente, nuestras tarifas funcionan dentro de la sistema usal y habitual que se determina tu asegurador. Todos los servicios dentales no son cubiertos en todos los contratos. Si aceptamos asignación de beneficios, requerimos que tú seas preaprobado para uno de nuestros planes extendidos de pagamiento: *Chase Health Advance<sup>SM</sup> por Chase, y/o CareCredit<sup>TM</sup> por GE Money Bank*. Tú eres responsable por el pagamiento en totalidad independientemente de cualquier determinación de una compañía de seguros de tarifas usuales y habituales. Nos reservamos el derecho a cobrar el pagamiento completo en el momento de servicio, aún si tienes seguros en vigor.
- **PAGAMIENTO EN TOTALIDAD:** Ofrecemos un descuento a las personas que quieren pagar en totalidad en el momento de servicio. Si SÍ tienes seguros, podemos dar el descuento, pero se te es requerido a presentar tus propios seguros. Un descuento de 5% se aplica a saldos de menos de \$1000.00, y un descuento de 10% a saldos de más de \$1000.00. Aceptamos EFECTIVO, VISA/MASTERCARD/DISCOVER y AMERICAN EXPRESS.
- **PLANES EXTENDIDOS DE PAGAMIENTO:** No ofrecemos condiciones de crédito directamente, pero hemos celebrado un acuerdo con *Chase Health Advance<sup>SM</sup> por Chase, y/o CareCredit<sup>TM</sup> por GE Money Bank*, para proveer estos tipos de servicios para nuestros pacientes. La aplicación es rápido y fácil y se puede hacer por llamada, o si prefieras, se puede aplicar en línea. Aprobación se da de inmediato típicamente. Hay una variedad de opciones con cada plan, y podemos darte la información necesaria y específica para tus necesidades. Estos planes pueden ser hasta 12 meses gratis de tarifa y interes!
- **PLANES EXTENDIDOS DE PAGAMIENTO:** No ofrecemos condiciones de crédito directamente, pero hemos celebrado un acuerdo con *Chase Health Advance<sup>SM</sup> por Chase y/o CareCredit<sup>TM</sup> por GE Money Bank*, tpara proveer estos tipos de servicios para nuestros pacientes. La aplicación es rápido y fácil y se puede hacer por llamada, o si prefieras, se puede aplicar en línea. Aprobación se da de inmediato típicamente. Hay una variedad de opciones con cada plan, y podemos darte la información necesaria y específica para tus necesidades. Estos planes pueden ser hasta **12 meses gratis de tarifa y interés!**
- **CITAS PERDIDAS:** A menos que sea cancelada con 24 horas de anticipación, nuestra política para citas perdidas es cobrar \$35.00 por cita perdida y/o \$50.00 por familia. Si hay más de TRÉS citas perdidas, tenemos el derecho a despedirte como paciente.
- **CHEQUES DEVUELTOS:** Si tu cheque es devuelto a nosotros por fondos insuficientes, un cargo por servicio de \$25.00 será aplicado a tu cuenta.
- **PACIENTES MENORES:** El adulto que está presentando un menor para tratamiento es responsable por TODO pagamiento al momento de servicio, sin importar la relación que el tenga con el paciente. Para menores no acompañados, tratamiento no emergente puede ser negado a menos que los cargos sean preautorizados con un plan de crédito aprobado, tarjeta de crédito, o por efectivo.

Estas opciones financieras deben satisfacer las necesidades de la mayoría de las familias en nuestra práctica. Hacemos todo lo posible para trabajar contigo y ayudar con la mejor solución financiera para tu situación particular. Por favor, pregúntanos, estamos aquí para ayudarte. Gracias, y déjanos saber si tienes alguna pregunta o duda.

Entiendo y estoy de acuerdo con esta política financiera.

X \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente o Parte Responsable**

Fecha \_\_\_\_\_