

**¡Le damos la bienvenida a nuestro consultorio!**

¡Gracias por elegir nuestro equipo de atención dental de Odontología Pediátrica Gresham (*Gresham Pediatric Dentistry*)! Nos esforzaremos constantemente para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención dental posible.

---

**Información del paciente**

---

Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Preferencias de nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombres de los tutores o padres \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
¿A quién le debemos dar las gracias por haberlo remitido a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

---

**Información sobre la persona responsable**

(si es diferente de la información que figura arriba)

---

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

---

**Información sobre el seguro dental**

---

Compañía de seguro dental \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
N.º de afiliado (o N.º de Seguro Social) \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
N.º de afiliado (o N.º de Seguro Social) \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Reconozco que la información anterior es correcta. Por la presente autorizo el pago de los beneficios directamente al proveedor y la divulgación de toda la información necesaria a la aseguradora. Entiendo que al firmar a continuación soy responsable de los cargos por cualquier tratamiento consentido y que las tarifas no cubiertas por el seguro deben pagarse el día del servicio.

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

## ACUERDO FINANCIERO Y POLÍTICA DEL CONSULTORIO

Esta es una descripción de nuestro acuerdo financiero y la política del consultorio. Durante la cita inicial, se obtendrán todos los registros e información necesarios para una cita de "Paciente Nuevo", incluyendo radiografías, examen e instrucciones de higiene oral. En ese momento le explicaremos nuestros hallazgos, el tratamiento propuesto, hablaremos sobre los honorarios y haremos los arreglos financieros. Los arreglos financieros son personalizados, varían para cada cuenta y se basan en la información que usted proporciona en la visita inicial.

1. El pago debe efectuarse en el momento del servicio.
2. Si su hijo va a ser sedado en nuestra oficina, se aplicará una tarifa de sedación en el momento de la administración, independientemente del resultado de la sedación. Cada niño responde de forma diferente al medicamento (se duerme, llora, se enfada), y este costo es por el medicamento, el personal y el equipo.
3. Aunque hacemos todo lo posible por ofrecerle el plan de tratamiento más acertado, el tratamiento puede cambiar cuando el dentista empiece a eliminar las caries. Esto puede provocar un cambio en el costo del tratamiento propuesto. El personal le informará sobre cualquier cambio cuando se produzca.
4. Pacientes con seguro dental:
  1. Si usted tiene un seguro dental que requiere que nosotros cobremos un deducible o copago, esa cantidad se debe pagar en el momento del servicio.
  2. Cualquier cambio de seguro debe registrarse en su cuenta al comienzo de cada cita y es su responsabilidad informar a nuestro personal al respecto.
  3. Si su hijo ha recibido tratamiento dental en los últimos 12 meses en cualquier otro consultorio, es posible que su seguro no cubra nuestros cargos. Nuestro consultorio ayudará a su familia a obtener información sobre el plan de seguro, pero tenga en cuenta que usted sigue siendo responsable económicamente de la cita de su hijo.
5. **Nos reservamos el derecho de no reprogramar las citas canceladas sin un aviso previo de 24 horas hábiles. Las citas para sedación canceladas o incumplidas sin un aviso previo de 48 horas hábiles pueden ser motivo de expulsión del consultorio. Nuestro consultorio dispone de un servicio de contestador automático para los mensajes. Déjenos un mensaje o envíenos un correo electrónico.**
6. **Nos reservamos el derecho de cancelar citas próximas por incumplimiento de citas por parte de la familia, por motivos económicos o por cualquier razón que se considere necesaria.**
7. Si es necesario aplicar otros medios para cobrar un saldo, seremos tan rigurosos como se indique para cobrar la cuenta; p.ej., reclamos judiciales menores, embargos.
8. Nos reservamos el derecho de cobrar por registros duplicados o cualquier refacturación.

HE LEÍDO Y REVISADO LAS POLÍTICAS DEL CONSULTORIO Y HE HECHO TODAS LAS PREGUNTAS NECESARIAS. ACEPTO ESTOS ACUERDOS.

Firma

Fecha

---

---



## Comprensión del seguro dental

Hemos preparado esta carta para ayudarlo a comprender mejor las complejidades del seguro dental; somos conscientes de lo confuso que puede resultar. Para empezar, nos gustaría destacar un concepto erróneo: *el seguro dental no está diseñado para pagar toda la atención dental*. La mayoría de los contratos tienen límites anuales, limitaciones de tratamiento o diversos grados de "copagos".

Todos los niveles de pago de las compañías de seguros, incluidas las tarifas permitidas, habituales, rutinarias y razonables (UCR, por sus siglas en inglés) se rigen por las primas abonadas. No tienen nada que ver con la tarifa real por los servicios prestados. Nuestras tarifas se basan en una combinación de nuestros costos, nuestro tiempo y nuestra dedicación constante a brindar a nuestros pacientes la más alta calidad de atención dental. Por lo tanto, a menudo existe una discrepancia entre el importe cubierto por el programa habitual, rutinario y razonable de su póliza y el costo real del procedimiento. La discrepancia es responsabilidad del paciente.

El tratamiento recomendado por nuestro consultorio nunca se basa en lo que pagará su compañía de seguros, ya que su atención bucodental y el tratamiento correspondiente no deben regirse por el contrato con su compañía de seguros.

Por lo tanto, debe entenderse que *el contrato de seguro dental se celebra entre la compañía de seguros y el paciente*. Si no está seguro de que su aseguradora cubra un determinado procedimiento, envíe una cotización previa del tratamiento antes de programarlo.

Esperamos que esta información le haya sido útil. Tómese el tiempo necesario para revisar minuciosamente los detalles de su póliza de seguro para que podamos atenderlo mejor. Como siempre, no dude en pedirle a cualquier miembro de nuestro personal aclaraciones sobre servicios, facturación y seguros.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**\*\*Puede negarse a firmar este acuse de recibo\*\***

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio.

\_\_\_\_\_  
{Nombre en letra imprenta}

\_\_\_\_\_  
{Firma}

\_\_\_\_\_  
{Fecha}

---

### Solo para uso interno

---

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener porque:

- La persona se negó a firmar.
  - Los obstáculos de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo.
  - Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
  - Otro (especifique).
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_