



PAQUETE DE PACIENTE NUEVO



Fecha _____
 Nombre del Paciente _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Escuela Actual: _____

¿A quién le agradecemos que te haya referido a nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Residencia _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección de Envío _____
Calle Ciudad Código Postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Teléfono Móvil _____ Correo Electrónico _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ No. Años Empleado _____

Nombre de Esposo/a _____ Relación al Paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ No. Años Empleado _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono del Trabajo _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted _____

Dirección _____
Calle City Zip

Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Subscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

¿Tienes doble cobertura? Si _____ No _____ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Suscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ No. de Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Subscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

¿Tienes doble cobertura? Si _____ No _____ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Suscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ No. de Teléfono _____

POLÍTICAS FINANCIERAS Y ACUERDO

Política cita perdida

Trabajamos diligentemente para ver todos nuestros pacientes de manera oportuna. Las citas perdidas nos dejan agujeros en nuestro programa que no nos permite brindar una atención oportuna a los niños de nuestra comunidad. Las citas perdidas perjudican a todos. Por lo tanto, hemos establecido una "Política cita perdida", que establece que **las citas no canceladas dentro de las 48 horas de antelación mínimo se cobrará una cuota de \$ 50.00.** En el caso de que se olvida de 2 citas, que dará a conocer paciente de la oficina y ser felices para reenviar la historia del paciente a su consultorio dental de preferencia.

Ha fallado la sedación oral y Nombramientos Operativos

Debido a la gran demanda de citas de sedación, hemos implementado una "Política citas quirúrgica / Operativa" para animar a los pacientes a mantener sus citas. Si no puede asistir a su cita, debe llamar a un mínimo de 72 horas de antelación. Si no tenemos un preaviso de 72 horas de cancelación, se le cobrará **\$200 no reembolsable "tasa de nombramiento quirúrgico/Operativo fallado".**

Pago / póliza de seguro

Como cortesía, presentamos las reclamaciones de seguros para nuestros pacientes. **Todas las porciones estimadas de pacientes deben ser pagados al momento del servicio.** Esta cantidad es una estimación de su copago y trabajamos duro para que esto lo más preciso posible. **Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su seguro.**

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard. También ofrecemos financiación a través de CareCredit e In-House financiación.

Yo entiendo que soy responsable del pago de todos los honorarios para el tratamiento dental que no están cubiertos por el seguro médico o dental del paciente. El padre o tutor que acompaña al paciente a la cita serán responsables de porciones estimadas en el momento del tratamiento, a menos que se han hecho arreglos previos. Estoy de acuerdo en que, si la cuenta se refiere a la colección, que será responsable de todos los cargos colecciones incluyendo los honorarios del abogado.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Oregon Pediatric Dental Care LLC

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

* Usted puede negar firmar Esta Confirmación *

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de esta oficina
<< Cliente de facturación Nombre >> << factura correspondiente Apellido >>
Prácticas de privacidad.

Por favor imprima << Cliente de facturación Nombre >> << factura correspondiente Apellido >>

Firma

Fecha

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un recibo por escrito de nuestra Notificación de Practicas de Privacidad, pero no se puedo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento
- Otro (Por favor especifique)

Testigo: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Consentimiento para el Tratamiento

Consentimiento para Examinar

Nuestra política es mantenerlo informado e involucrado en el progreso dental de su hijo. Un examen típico consiste en instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, aplicación de un fluoruro tópico, radiografías y examen de los dientes, tejidos duros y blandos de la boca, mordedura y mandíbula. Excepto en una situación de emergencia o si se localiza una enfermedad existente, no se realizará ningún tratamiento adicional durante un examen. Sin embargo, después del examen, crearemos un plan de tratamiento que puede incluir rellenos, gorras, extracciones, etc., y solicitaremos su consentimiento antes de realizar el tratamiento identificado. Los planes de tratamiento pueden cubrir múltiples visitas y una vez que se obtiene el consentimiento; No buscaremos el consentimiento nuevamente a menos que el plan de tratamiento cambie. Al firmar doy mi autorización a Oregon Pediatric Dental Care, quien maneja las siguientes prácticas, Oregon Family Orthodontics, Newberg Kids' Dentist, Springfield Kids' Dentist y Eugene Kids' Dentist para realizar los tratamientos necesarios.

_____	_____	_____
Firma	Relación con el Paciente	Fecha

Consentimiento Alternativo

Reconocemos que no siempre es posible que el padre o tutor legal acompañe a un niño a su cita o esté disponible para brindar consentimiento para el tratamiento. Para asegurarnos de que el niño pueda continuar su cuidado, nos gustaría saber si hay otras personas autorizadas para dar su consentimiento para el tratamiento de su hijo. Al firmar a continuación, usted autoriza a la (s) persona (s) listadas a dar su consentimiento para el tratamiento médico / dental recomendado, que incluye, entre otros, el diagnóstico, la aplicación de tratamientos tópicos (fluoruro, selladores), radiografías, anestesia y procedimientos dentales invasivos. Esta autorización permanecerá vigente hasta que nos notifique por escrito sobre cualquier cambio.

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____	_____
Firma	Relación con el Paciente	Fecha