

# Registro del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono primario \_\_\_\_\_ Número de teléfono secundario \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dentista de preferencia \_\_\_\_\_ Higienista de preferencia \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia \_\_\_\_\_

Información adicional/comentarios \_\_\_\_\_

## Persona responsable/titular del seguro (de no ser el paciente)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono primario \_\_\_\_\_ Número de teléfono secundario \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Identificación del paciente \_\_\_\_\_

Identificación de Medicaid \_\_\_\_\_

Identificación del miembro \_\_\_\_\_

### El paciente es:

- El titular principal
- El titular secundario
- La persona responsable

Identificación del expediente \_\_\_\_\_

Identificación del empleador \_\_\_\_\_

Identificación del portador \_\_\_\_\_

### La persona responsable es:

- El titular principal
- El titular secundario

## Información del seguro primario

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Beneficios \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Deducible \_\_\_\_\_

## Información del seguro secundario

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Beneficios \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Deducible \_\_\_\_\_

### Relación con el titular del seguro:

- Titular del seguro
- Cónyuge
- Hijo(a)
- Otra relación \_\_\_\_\_

### Estado civil:

- Casado(a)
- Soltero(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)

### Sexo:

- Masculino
- Femenino

### Estado laboral:

- Tiempo completo
- Tiempo parcial
- Jubilado(a)

### ¿Estudia usted?:

- A tiempo completo
- A tiempo parcial



# Aviso de las prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo podría utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted podría tener acceso a esta información. Favor de leerlo detenidamente. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

## Nuestro deber legal

Las leyes federales y estatales pertinentes nos exigen que mantengamos la privacidad de su información médica. También estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con relación a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando esos cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Nos reservamos el derecho de hacerles cambios a nuestras prácticas de privacidad y a los nuevos términos de nuestro aviso con respecto a toda la información médica que tenemos, incluyendo la información médica que conservamos y la información médica que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacerles cambios significantes a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible si se solicita.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para solicitar más copias de este aviso, favor de comunicarse con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

## Uso y divulgación de la información médica

Utilizamos y divulgamos su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidados médicos. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Nos permite utilizar o divulgar su información médica a un médico u otro profesional de la salud que le proporcione tratamiento.

**Pago:** Nos permite utilizar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que se le han brindado.

**Operaciones de cuidados médicos:** Nos permite usar y divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de cuidados médicos. Las operaciones de cuidados médicos incluyen actividades de evaluación y mejora de calidad, revisión de la capacidad o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del rendimiento profesional y del proveedor, realización de programas de formación, y actividades de acreditación, certificación, licencia o credenciales.

Su autorización, además de nuestro uso de su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidados médicos, usted puede darnos autorización por escrito para utilizar o divulgar su información médica a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da la autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgaciones permitidas por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que usted nos dé autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica por ningún motivo a excepción de lo que se describe en este aviso.

**A su familia y amigos:** Debemos divulgarle a usted su información médica, como se describe en la sección de los Derechos del Paciente de este aviso. Nos permite divulgar su información médica a un familiar, amigo o otra persona en la medida en que sea necesario para ayudar con su cuidado médico o con el pago de su cuidado médico, pero solo si usted está de acuerdo de que lo hagamos.

**Personas involucradas en su cuidado:** Nos permite utilizar o divulgar información médica para notificarle, o asistir para notificarle (incluyendo identificar o localizar) a un miembro de su familia, su representante personal o otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, estado de salud general o fallecimiento. Si usted está presente, entonces antes del uso o divulgación de su información médica, le brindaremos la oportunidad de oponerse a tales usos o divulgaciones. En caso de su incapacidad o durante situaciones de emergencia, divulgaremos información médica basándonos en una determinación a nuestra discreción profesional, y será únicamente la información médica que se relacione directamente con la función de esa persona en su cuidado médico. También nos basaremos en nuestra discreción profesional y nuestra experiencia con la práctica habitual para llegar a conclusiones razonables que sean de su beneficio a la hora de permitirle a otra persona recoger sus medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros tipos de información médica similar.

**Marketing para servicios médicos:** No utilizaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** Nos permite utilizar o divulgar su información médica cuando la ley nos lo exija.

**Abuso o abandono:** Nos permite divulgar su información médica a las autoridades competentes si tenemos razón para creer que usted podría ser víctima de abuso, abandono, violencia doméstica o otros delitos. Nos permite divulgar su información médica en la medida en que sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.

**Seguridad nacional:** Bajo ciertas circunstancias, nos permite divulgar la información médica del personal de las fuerzas armadas, a autoridades militares. Nos permite divulgar la información médica que sea necesaria para propósitos legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, a funcionarios federales autorizados. Bajo ciertas circunstancias, nos permite divulgar la información a instituciones penitenciarias o a funcionarios de cuerpos policiales que tengan custodia legal de la información médica protegida de reclusos o pacientes.

**Recordatorios de citas:** Nos permite utilizar o divulgar su información médica para recordarle sus citas (como por ejemplo mensajes de voz, tarjetas postales o cartas).

## Derechos del paciente

**Acceso:** Usted tiene derecho a ver o recibir copias de su información médica, salvo algunas excepciones. Puede solicitar copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite conque sean práctico. Usted debe hacer su solicitud por escrito para lograr acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar el acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. Le cobraremos un cargo razonable para cubrir los costos de gastos como copias y el tiempo del personal. Usted también puede solicitar acceso al enviarnos una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si usted solicitó copias, tenemos el derecho de cobrarle \$0.05 por página, \$15.00 la hora, por el tiempo que le lleve al personal buscar y copiar su información médica, y las estampillas, si desea que se le envíen las copias por correo. Si usted solicita un formato alternativo, le cobraremos un cargo para cubrir los costos de proveerle la información médica en ese formato. Si

usted prefiere, prepararemos un resumen o explicación de su información médica a un costo. Comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para recibir una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

**Información divulgada:** Usted tiene derecho a recibir una lista de ocasiones en las que nosotros o nuestros socios divulgamos su información médica para otros fines además del tratamiento, pago, operaciones de cuidados médicos y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita esta información más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle un cargo razonable para cubrir los gastos que conlleva responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero de aceptarlas, cumpliremos con nuestro acuerdo a excepción de una emergencia.

**Comunicaciones alternativas:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con relación a su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el medio o ubicación alternativa, y proporcionar suficiente explicación de cómo se manejarán los pagos utilizando el medio o ubicación alternativa que usted solicita.

**Modificaciones:** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué debe modificarse la información. Podríamos negar su solicitud en ciertas circunstancias.

**Aviso electrónico:** Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por medios electrónicos (correo electrónico), usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

## Preguntas y reclamos

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información médica o en respuesta a alguna solicitud que usted haya hecho para modificar o restringir el uso o divulgación de su información médica, o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, usted puede presentarnos un reclamo utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para que presente su reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la solicite.

Respetamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

**Si usted desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene alguna pregunta o inquietud, favor de comunicarse con nuestra oficina.**

# Consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica

## Paciente quien da consentimiento

---

Persona responsable

Nombre del paciente

## Al paciente—favor de leer detenidamente la información que aparece a continuación

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted nos autoriza a utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidados médicos.

Aviso de las prácticas de privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de los tratamientos, actividades de pago y operaciones de cuidados médicos, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y de otros asuntos importantes relacionados con su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso está disponible si la solicita. Le recomendamos a leerlo detenidamente y en su totalidad antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad actualizado, que incluirá los cambios. Esos cambios podrían aplicarse a toda la información médica protegida que mantenemos de usted.

Puede obtener una copia de nuestro aviso en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina.

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento si nos avisa por escrito que desea revocar este consentimiento, y no afectará ninguna acción que hayamos tomado bajo el amparo de este consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos negarnos a tratarle o seguirle tratando si usted revoca este consentimiento.

## Firma

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido suficiente tiempo de leer y tomar en cuenta el contenido de este Formulario de Consentimiento y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento a que utilicen y divulguen mi información médica protegida para realizar tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidados médicos:

---

Firma

Fecha

Si este consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, favor de llenar lo siguiente:

---

Nombre del representante personal

Relación al paciente



MyCornerstoneDentist.com

Usted tiene derecho a recibir una copia de este consentimiento después de firmarlo.

# Historial médico

Aunque el personal dental trata principalmente el área de la boca, la boca también es parte del cuerpo. Los problemas médicos que usted tenga o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una relación importante con el servicio dental que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas:

¿Le está atendiendo un médico en la actualidad?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado(a) alguna vez o se ha sometido a una cirugía de importancia?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave en la cabeza ó el cuello?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Toma usted algún medicamento, píldoras o drogas?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Toma usted ó ha tomado Phen-Fen o Redux?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel ó cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Está usted siguiendo una dieta especial?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Usa usted productos de tabaco?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Usa usted alguna sustancia controlada?

No  Sí \_\_\_\_\_

Información adicional/comentarios

---



---



---

Nombre del paciente

Fecha

## ¿Tiene usted ó ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

	Sí	No		Sí	No
SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronchas o erupciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardiaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latidos irregulares del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le salen moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la paratiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamientos con radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento de cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialisis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierde el aliento con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los senos paranasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque/insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema/enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Es usted alérgico(a) a alguno de estos?:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Látex                            |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Medicamentos que contengan sulfá |
| <input type="checkbox"/> Codeína    | <input type="checkbox"/> Otro _____                       |
| <input type="checkbox"/> Acrílico   |   |
| <input type="checkbox"/> Metal      |   |

Para las damas: ¿Está usted...?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazada o intentando quedar embarazada |
| <input type="checkbox"/> Lactando                                  |
| <input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos orales            |

A mi entender, las preguntas de este formulario se han contestado correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta podría presentar un peligro a mi salud (o a la del paciente). Es mi responsabilidad notificar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado de salud.

Nombre del paciente

Firma

Fecha

# Poliza financiera

Tenemos el privilegio de que usted nos haya escogido como su proveedor de cuidado dental. Nos comprometemos a brindarle a usted y a su familia atención de calidad. A continuación es nuestra declaración sobre nuestra poliza financiera, la cual usted debe entender antes de su tratamiento. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en hacernos saber.

**El pago completo debe hacerse al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Se cobrará \$35 por todos los cheques que sean devueltos. Además, nos reservamos el derecho de cobrar por las citas que sean canceladas o incumplidas sin aviso previo de 24 horas.**

## Con relación al seguro

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. No tenemos ningún control sobre sus decisiones y la cantidad que decide pagar. Sin embargo, como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos sus reclamaciones de seguro primario en su nombre.

Antes del tratamiento, verificaremos su cobertura y calcularemos su deducible y copagos con la mayor precisión posible. Por favor comprenda que todos los planes de tratamiento son solo un cálculo basado en la información proveniente de su compañía de seguro. Todos los deducibles y copagos se cobrarán el día del tratamiento.

Por favor tenga en cuenta que su compañía de seguro no garantiza el pago por teléfono. No sabremos la cantidad exacta que pagará hasta que responda a la reclamación.

**INDEPENDIENTEMENTE DE LO QUE PAGUE SU COMPAÑÍA DE SEGURO, USTED SIGUE SIENDO TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DE SU CUENTA.** Una vez que se reciba un pago en su reclamación, le enviaremos una factura por cualquier saldo restante en su cuenta.

A nuestra discreción, cualquier saldo que permanezca sin pagar después de 90 días se enviará al servicio de cobranza y el paciente será responsable de pagar cualquier cargo relacionado con el cobro del saldo.

He leído y entiendo esta Poliza Financiera. Al firmar a continuación, asumo mi responsabilidad y estoy de acuerdo con los términos arriba mencionados.

---

Nombre del paciente

Firma

Fecha

# Poliza de citas incumplidas

El tiempo que se reserva para su cita es limitado y valioso en cualquier oficina dental. Es sumamente importante que todos los pacientes acudan a sus citas dentales. De lo contrario, los demás pacientes pierden la oportunidad de recibir a tiempo el cuidado dental que necesitan.

Para que el dentista, nuestro personal y nuestros pacientes no se vean afectados por aquellos pacientes que no acuden a sus citas, la poliza de nuestra oficina estipula que se les cobrará \$50.00 a los pacientes que no avisen con suficiente tiempo que no podrán acudir a su cita (aviso previo de 24 horas). Ese cargo, conforme a la poliza de citas incumplidas de nuestra oficina dental para todos nuestros pacientes, debe pagarse dentro de 30 días para evitar procesos de cobranza. El paciente/padre/tutor legal es responsable de ese pago.

Por favor no dude en hablar de esta y otras polizas con nuestro personal. No vacile en llamar a nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

---

Nombre del paciente

Firma

Fecha