



## Normas Sobre el Cuidado Dental

Cada visita básica de seis meses incorporamos *Las Normas Sobre el Cuidado Dental*. Estas normas han sido establecidas por la Asociación Dental Americana. Estos servicios son los siguientes:

-Prophylaxis-(Limpieza)

-Fluoruro

-Radiografías-(De los lados, De enfrente) (Las radiografías de toda la boca se toman cada tres años después que los niños cumplen los seis años).

*El tipo de radiografías que se le tomaran a su niño dependen de su edad y su comportamiento*

-Examen

Favor de comunicarnos si existe algún inconveniente o si usted no esta de acuerdo en que le brindemos uno o más de estos servicios durante la cita de su niño. De otra manera nuestra oficina les brindara a todos los pacientes los servicios descritos en esta forma.

YO E LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS NORMAS DESCRITAS EN ESTA FORMA.

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

---

## Normas sobre el Uso del Gas de Oxigeno y Nitrógeno

Generalmente los niños experimentan ansiedad o nerviosismo durante una visita al dentista. Este tipo de comportamiento puede causar movimientos repentinos y ciertas dificultades durante la cita. El gas de Oxigeno y Nitrógeno es usado con el fin de calmar los miedos y temores del paciente. El gas aumenta la eficiencia durante el tratamiento dental. El gas es usado en la mayoría de los pacientes que necesitan un tratamiento restaurativo (Rellenos, coranillas, extracciones, etc.)

El uso del gas es extremadamente productivo para el paciente y afecta positivamente la calidad del tratamiento realizado por el dentista. La mayoría de las aseguranzas no cubren el costo del gas, en estos casos el paciente será responsable por los \$41 del uso del gas.

Aunque seamos especialistas, hemos decidido mantener nuestros precios bajos con el fin de brindarle a su familia la calidad de trabajo dental que merecen. Como parte de esta idea, el uso del gas es parte de las normas impuestas a todo paciente que necesite tratamiento restaurativo (Rellenos, coranillas, extracciones, etc.)

YO E LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS NORMAS DESCRITAS EN ESTA FORMA

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



### NORMAS FINANCIERAS

A cambio del tratamiento proveído por nuestra oficina, se le pide que haga los arreglos financieros necesarios con anticipo. Esta oficina depende del reembolso por el costo del tratamiento de cada paciente. Por lo tanto requerimos que los arreglos financieros que le corresponden a cada paciente sean hechos antes de recibir cualquier tipo de servicio.

Todo tipo de servicio de emergencias, o cualquier otro servicio dental hecho sin ningún previo arreglo financiero deberán ser pagados en efectivo al momento que se brindan los servicios.

Los pacientes que cuentan con algún tipo de aseguranza, comprenden que todos los servicios proveídos son hechos directamente a nombre del paciente. También entienden su responsabilidad por el costo del tratamiento dental. Nuestra oficina le ayudara a preparar las formas que debe mandar a su aseguranza, también le ayudara a recaudar el pago de su aseguranza. El pago será transferido a su cuenta. Sin embargo nuestra oficina no puede brindarle los servicios necesarios si el paciente cree que nuestros cargos serán cubiertos totalmente por cualquier compañía de aseguranza. Yo asigno todos los beneficios de mi aseguranza al Dr. Allen y Dr. Kurt.

Un sobre cargo de 1 ½ % por mes (18% anual) será añadido a toda cuenta que no haya sido pagada durante los siguientes noventa días contando desde el día en que se brindaron los servicios. Este cargo se podrá evitar siempre y cuando se hagan ciertos arreglos financieros. Entiendo que los cargos de mi cuenta solo pueden ser extendidos por un periodo de seis meses contando desde el día en el cual se le brindo un examen al paciente.

En consideración por los servicios profesionales que le rendirá el dentista a mi niño. Me comprometo a pagar el valor de los servicios recomendados por el dentista. Me comprometo a pagar al momento que se brinden los servicios necesarios o en los siguientes cinco días después de haber recibido el balance de mi cuenta. Me comprometo a cubrir el costo que requiera coleccionar mi deuda. Esto incluye todo tipo de intereses, costos de colecciones, y comisiones (hasta el 40% del total de mi deuda) también me comprometo a pagarle a cualquier agencia de colecciones que quiera hacerse cargo de mi deuda. Yo autorizo la publicación de mi cuenta financiera que incluye cargos, pagos, e intereses cargados a mi cuenta. En caso de que una colección sea necesaria yo le doy mi autorización a la agencia de colecciones del dentista para recaudar mi deuda.

Yo le otorgo el permiso a esta oficina de comunicarse con migo al teléfono de mi hogar o lugar de trabajo. Le otorgo este permiso con el fin de informarme acerca de mi cuenta. También estoy de acuerdo en que esta oficina me deje mensajes en la contestadota o con algún miembro de mi familia respecto a mis citas.

Este acuerdo sobre pasa todos los acuerdos previamente firmados por mi, Estos incluyen todos los acuerdos que ya han sido hechos. Yo me comprometo a seguir todos los acuerdos relacionados con los arreglos financieros que ya han sido firmados por mí.

Yo otorgo el permiso al dentista o a cualquier persona autorizada el hecho de poder compartir con mi aseguranza o cualquier otra institución que requiera mi información financiera o tratamiento dental. Estoy de acuerdo en que mi información sea compartida electrónicamente, por fax o por correo.

Yo afirmo haber recibido una copia de esta forma. Estoy de acuerdo en que el dentista y el personal de la oficina compartan mi información y tratamientos necesarios.

Yo afirmo haber recibido la información necesaria, también me han resultado todas mis preguntas sobre esta forma. Yo me comprometo a seguir las reglas y condiciones descritas en esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente



## Normas sobre las Aseguranzas

La oficina Pediátrica Dental de ABC le brinda sus servicios a usted, no a su compañía de aseguranza. Es por esto que se le considera a usted como la persona responsable de pagar todo cargo que proviene de nuestra oficina. No podemos brindar nuestros servicios creyendo que la compañía de aseguranza se encargara de pagar todos los cargos de su cuenta. Aunque le informamos que por cortesía a usted nuestra oficina se encargara de recaudar todo pago de parte de su aseguranza. Si durante los siguientes 60 días no recibimos ningún pago de su aseguranza, a usted se le considerara la persona responsable de pagar el balance total de su cuenta. Usted también es responsable de pagar las deducciones y cargos que no sean cubiertos por su aseguranza. Comprenda que como parte tercera entre usted y su aseguranza no podemos comprometernos en negociaciones prolongadas. Esto es **Su Responsabilidad**. Favor de ponerse en contacto con su compañía de aseguranza con el fin de averiguar si nuestra oficina ofrece los servicios que cubre su aseguranza.

Nuestra oficina se complace en ofrecer los servicios de a la mayoría de las aseguranzas dentales. Nuestro contrato afirma que nuestra oficina ofrecerá un descuento a sus clientes, siempre y cuando sus beneficios sean cubiertos en su totalidad por su aseguranza dental. Ya que su plan de cobertura y sus beneficios forman parte de un contrato entre usted y su compañía de aseguranza es **Su Responsabilidad** el informarse sobre el plan de cobertura que le ofrece su aseguranza. Además queremos infórmale que ciertas compañías de aseguranza nos consideran *Especialistas*, favor de estar conciente que esto podría afectar los beneficios de su plan de cobertura. Favor de ponerse en contacto con su compañía de aseguranza para averiguar si nuestra oficina ofrece los servicios que cubre su aseguranza.

### **Cargos hechos a las aseguranzas**

El día en que se brindan los servicios, mandaremos todo cargo a la compañía de aseguranza que usted nos proveerá. Por los siguientes 60 días esperaremos el pago de parte de su aseguranza. Si durante ese periodo no recibimos ningún pago de parte de su aseguranza, usted será la única persona responsable del balance de su cuenta.

### **Parte-Correspondiente (Co-Pays)**

El pago por su parte correspondiente es **requerido al momento se brindan los servicios**. Si no recibimos su parte correspondiente el día que se brindan los servicios, se le sumara un cargo de \$5 a su cuenta.

### **Cobertura de Aseguranzas Secundarias**

Si usted cuenta con algún tipo de aseguranza secundaria, nuestra oficina mandara parte del cargo a la compañía de aseguranza secundaria que usted nos proveerá. Por los siguientes 30 días esperaremos el pago de parte de su aseguranza secundaria. Si durante ese periodo no recibimos ningún pago de parte de su aseguranza secundaria, usted será la única persona responsable del balance de su cuenta.

Yo \_\_\_\_\_ Afirmo haber leído y entendido las normas descritas en esta forma. Yo no haré responsable a la oficina Pediátrica Dental de ABC por los fallos o falta de pagos por parte de mi compañía de aseguranza.

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



### **AUTORIZACIÓN PARA PROCEDER:**

Afirmo que las respuestas a las preguntas sobre la salud de mi hijo/hija son correctas conforme a mi conocimiento. Entiendo que cualquier cambio en la condición medica o en los medicamentos podrían afectar el tratamiento dental de mi hijo/hija y es por eso que me comprometo a informarle al dentista sobre cualquier cambio de salud que presente mi hijo/hija durante sus citas al dentista.

Yo autorizo al Dr. Stanton Allen y Dr. Kurt Vest, a sus asociados, y asistentes que el haya designado a ejecutar los procedimientos que se crean necesarios para mantener mi salud oral, la salud oral de mi pequeño(s) o cualquier otro individuo que este bajo mi responsabilidad. Yo otorgo mi autorización al dentista para utilizar y administrar todo tipo de sedantes (incluyendo el gas de Oxígeno con Nitrógeno), analgésicos, terapéuticos, entre otros agentes farmacéuticos, incluyendo aquellos que están relacionados con el tratamiento restaurativo, tratamiento del paladar, o cualquier tratamiento quirúrgico.

Entiendo que el uso de la anestesia puede llegar a causar efectos secundarios, que incluyen pero no se limitan a: moretones, hematoma, estímulos cardíacos, inflamación de los músculos, y áreas temporalmente o permanentemente dormidas. Entiendo que ocasionalmente las agujas llegan a romperse y requieren de una intervención quirúrgica.

Entiendo que durante y después del tratamiento los dientes pueden llegar a presentar cierta sensibilidad o dolor como parte de los procedimientos preventivos de limpiezas y tratamientos básicos dentales que incluyen todo tipo de rellenos. Después de varias citas prolongadas los músculos de las mandíbulas pueden llegar a lastimarse. Las encías y los tejidos alrededor de la boca también pueden presentar cierta sensibilidad o dolor durante y después del tratamiento. Existe la posibilidad de que la lengua, mejillas, entre otros tejidos orales presenten cortaduras durante una visita dental rutinaria. En algunos casos será necesario poner puntadas o brindar algún tratamiento adicional.

Entiendo que durante el tratamiento dental se utilizan objetos pequeños como coronillas, miniaturas de taladros dentales, entre otros instrumentos de tamaños pequeños. Estos objetos podrían ser aspirados y llevados al (sistema respiratorio) o podrían ser tragados por el paciente. Estas situaciones inusuales pueden llegar a requerir cierta serie de radiografías que deberán ser tomadas por un medico especialista o un hospital, y en ciertos casos puede llegar a requerir otros procedimientos con el fin de remover dichos objetos. Entiendo que estas situaciones no son del todo comunes.

Yo voluntariamente asumo todos los posibles riesgos, incluyendo aquellos que podrían traer serios daños asociados con los tratamientos preventivos y operativos. Asumo estos riesgos con la esperanza de obtener los resultados deseados, los cuales pueden ser o no ser logrados durante el tratamiento de mi niño/niños menores. Afirmo que el propósito del procedimiento anterior se me ha explicado y me han otorgado la oportunidad de hacer todo tipo de preguntas.

Firma \_\_\_\_\_  
(Del Padre o Tutor Legal del paciente)

Fecha \_\_\_\_\_