



pediatric dental care

9901 Fairfax Blvd., Fairfax, VA 22030 P: 703.383.3434 F: 703.383.3113
6120 Brandon Avenue, Suite 114, Springfield, VA 22150 P: 703.992.7100 F: 703.992.7137
Fecha de Hoy: ___/___/___ Ubicacion de oficina [] Fairfax [] Springfield

Informacion del Paciente

Nombre del Nino: Last First MI Sobrenombre:
Edad: Fecha de Nacimiento: Genero:
Direccion: Ciudad: Estado: Codigo Postal:
Numero de Telefono: Numero del Celular de los Padres:
Correo Electronico:

Persona Responsable: [] Ambos Padres [] Madre [] Padre [] Guardian

Nombre de la Madre: Social Security # Fecha de Nacimiento
Ocupacion: Empleador: Numero de Telefono del Trabajo
Direccion:

Nombre del Padre: Social Security # Fecha de Nacimiento
Ocupacion: Empleador: Numero de Telefono del Trabajo
Direccion:

Nombre del Guardian: Social Security # Fecha de Nacimiento
Ocupacion: Empleador: Numero de Telefono del Trabajo
Direccion:

Direccion de Padres o Guardian (si no viven en la misma direccion)
Nombre de la persona en caso de emergencia Relacion: Telefono:

Informacion del Seguro

Seguro Principal o Primario

Nombre del Plan Nombre de la Persona o Beneficiario
Seguro Social del Beneficiario Fecha de Nacimiento
de la Poliza # del Grupo Fecha en que se hizo efectivo el seguro
Direccion para el Envio de Pagos: Telefono:

Seguro Secundario

Nombre del Plan Nombre de la Persona o Beneficiario
Seguro Social del Beneficiario Fecha de Nacimiento
de la Poliza # del Grupo Fecha en que se hizo efectivo el seguro
Direccion para el Envio de Pagos: Telefono:

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento _____

Informacion del Referido

- Nombre del Dentista o de la Oficina: _____ y/ o Nombre del Grupo: _____
Direccion: _____ Telefono _____
- Oficina del Pediatra: _____ y/ o Nombre del Grupo: _____
Direccion: _____ Telefono _____
- Nombre del Familiar o Amigo que lo Refirio: _____ Direccion: _____ Telefono: _____
- Compania de Seguro: _____
- Paginas Amarillas, Revistas o Periodico: _____
- Otras: _____

Consentimiento Para el Tratamiento Dental

Soy el padre, tutor o representante personal del paciente y no hay órdenes judiciales vigentes en este momento que me impiden firmar este consentimiento. Por la presente solicito y autorizo al dentista (s) y el personal para llevar a cabo cualquiera de los servicios dentales necesarios incluyendo, pero no limitado a un examen exhaustivo, limpiezas, cualquier tratamiento dental necesario para los dientes de mi hijo, los rayos X como sea necesario para diagnosticar y / o tratar el problema dental de mi hijo, y la administración de anestésicos que se consideren aconsejables por el dentista (s), si estoy o no estoy presente cuando se preste el tratamiento. Yo entiendo que el dentista (s) proporcionará un ambiente que ayude a mi hijo a aprender a cooperar durante el tratamiento, incluida la alabanza, las explicaciones y demostraciones de procedimientos e instrumentos, y el uso de los tonos de voz variables. Seré responsable por el costo que incurra el tratamiento dental de mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre del Paciente, Padre, Guardian o Persona que representa al Paciente

Relacion con el paciente

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento _____

Acuerdo Financie

Como condición para su tratamiento por esta oficina, los acuerdos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado y responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento

Todos los servicios de emergencia dental, o cualquiera de los servicios dentales realizados sin acuerdos financieros anteriores, deben ser pagados en efectivo el mismo día que realizan los servicios

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales proporcionados por esta oficina son pagos directamente al paciente y que él o ella son responsables directamente por el pago de todos los servicios dentales. Pediatric Dental Care (PDC) ayudará a preparar los formularios de los seguros del paciente y ayudar en el recaudo del dinero de las compañías de seguros y acreditará dichas colecciones a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios basados en que los cargos por los servicios recibidos serán pagados por una compañía de seguros. PDC le puede ayudar en la identificación de sus beneficios de seguro, pero la decisión final es tomada por su compañía de seguros sobre si los servicios son un beneficio cubierto y cuánto pagaran. Es su responsabilidad verificar la cobertura de seguro y los beneficios con su compañía de seguros antes del momento en que los servicios son prestados por nuestra oficina. La oficina no hace ninguna representación con respecto a si su seguro cubrirá los servicios que ofrecemos

Un cargo por servicio del 1,5% mensual sobre el saldo no pagado será cargado en todas las cuentas que excedan de 60 días, a menos que los arreglos financieros previamente escritos están satisfechos

Un cargo de \$ 50 será cobrado por cada cheque devuelto por el banco

Una cuota de \$ 10 se le cobrará por la copia de las radiografías y las notas de tratamiento que se debe en el momento que lo solicite.

El paciente/padre/o la persona que firmo esta forma es responsable de los gastos y honorarios de abogado (35%) en caso de que esta cuenta sea enviada a una compañía de colección.

Es necesario un mínimo de 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar su cita, como una cortesía para nosotros y para otros pacientes que no se presenten a la cita se cobrara \$ 100, a menos que se indique lo contrario.

La parte responsable ha recibido, leído y entendido el acuerdo financiero y las políticas cuando no se presenten a su cita. La parte responsable se compromete a pagar todos los cargos presentados por PDC durante el curso del tratamiento del paciente. Si el paciente tiene cobertura de seguro con quien PDC tiene un acuerdo contraído, la parte responsable se compromete a pagar todos los co-pagos y deducibles aplicables que surjan durante el curso del tratamiento del paciente. La parte responsable también se compromete a pagar el tratamiento prestado al paciente que no sea considerado o no este cubierto por la compañía de seguros.

Yo entiendo que el costo estimado para este tratamiento dental sólo puede ser extendido por un período de tres (3) meses desde la fecha del examen del paciente

En consideración por los servicios profesionales prestados al paciente, o a petición mía, por el dentista, estoy de acuerdo en pagar por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a dicho dentista, o de su / su personal, en el momento dichos servicios se prestan, o dentro de los cinco (5) días de facturación si se ampliará crédito. Además estoy de acuerdo que el valor razonable de dichos servicios será facturado a menos que, por escrito, dentro del plazo para el pago de los mismos. Estoy de acuerdo, además, que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier condición de tiempo o a continuación no constituirá una renuncia de cualquier término o condición adicional, y estoy de acuerdo en pagar todos los costos de las colecciones y los honorarios razonables de abogados, instituidos.

Doy mi permiso a usted o/a su personal, para llamarme en mi teléfono móvil, casa o en mi trabajo para tratar asuntos relacionados a esta forma.

Este es el acuerdo completo entre las partes y reemplaza cualquier representación o acuerdos relativos al pago por los servicios prestados anteriores escritos u orales

Estoy de acuerdo y autorizo a que los saldos de más de 30 días se pueden aplicar a mi tarjeta de crédito y que sere responsable de obtener el reembolso del seguro para las reclamaciones pendientes. Este consentimiento se mantendrá vigente hasta su cancelación por escrito.

Nombre de los Padres o Guardian: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Numero de la Tarjeta de Credito: _____ VISA / MC/ _____

Nombre como aparece en la Tarjeta de Credito: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Firma de Testigo de la Oficina: _____ Fecha: _____