

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_  
No. de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  
Si es estudiante, nombre de la universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial  
Paciente o empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Cónyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No  
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:  
 Efectivo  Cheque personal  Tarjeta de crédito  VISA  MasterCard  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

## Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_  
¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Sigue en la hoja siguiente

# Antecedentes Médicos del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/>Si la respuesta es sí, explique _____</p> <p>3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/>Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? _____</p> <p>4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Consumo tabacco ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Usa sustancias controladas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?</p> | <p>10. ¿Está usando lentes de contacto? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?</p> <p>Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Penicilina o cualquier otro antibiótico ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Medicamentos con Sulfa ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Barbitúricos ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sedantes ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Yodo ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Aspirina ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Látex/Goma ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otro (por favor enumere) _____</p> <p>12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. Sólo Mujeres:</p> <p>a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) ¿Está amamantando? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|--|--|

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Hipertensión Arterial ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ataque Cardíaco ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre Reumática ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hinchazón de Tobillos ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Desmayo/Ataques ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Presión Arterial Baja ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Epilepsia/Convulsiones ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Leucemia ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diabetes ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad Renal ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>SIDA or Infección de VIH ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de Tiroides ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Cardiopatía ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Marcapasos Cardíaco ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Soplo Cardíaco ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Angina ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cansancio Frecuente ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anemia ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfisema ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cáncer ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Artritis ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Implante o Reemplazo de Articulaciones ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hepatitis/Ictericia ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas Estomacales/Ulceras ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Dolor en el pecho ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ouedar Facilmente sin Aliento ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Derrame Cerebral ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre del Heno/Alergias ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tuberculosis ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Radioterapia ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Glaucoma ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Pérdida de Peso Reciente ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad Hepática ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas al Corazón ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas Respiratorios ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Prolapso de la Válvula Mitral ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otros ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|--|--|---|

# Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?</p> <p>Chasquido ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor (articulación oído costado de la cara) ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dificultad para abrirla o cerrarla ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dificultad para mascar ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Aprieta o rechina los dientes? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha tenido algún tratamiento ortodoncia? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Usa prótesis totales o parciales? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/>Si la respuesta es sí, fecha de postura _____</p> <p>15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Le gusta su sonrisa? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|---|---|

# Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mí o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

**X**  
Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Comentarios del médico _____
Firma _____ Fecha _____

# FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**1. TRATAMIENTO A HACERSE**

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste\_\_\_\_ Puentes\_\_\_\_ Coronas\_\_\_\_ Extracción de Dientes\_\_\_\_ Extracción de Dientes Impactados\_\_\_\_ Anestesia General\_\_\_\_ Conducto Radicular\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_ (Iniciales \_\_\_\_\_)

**2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**4. EXTRACCIÓN DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS**

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES**

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)**

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). (Iniciales \_\_\_\_\_)

**8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)**

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

S.L.O DENTAL PRACTICE  
1551 BISHOP SUITE #420  
SAN LUIS OBISPO, CA 93401

(805)547-7010  
(805)547-7014 Fax

Bienvenidos a nuestra oficina! Y gracias por seleccionarnos para su cuidado dental. Esta carta es para conocimiento suyo, acerca del tipo de cuidado que usted recibe bajo sus Pre-pagados beneficios así como también limitaciones del plan.

"Tratamos todo lo posible por atender a cada paciente en la hora de su cita. No obstante, existen ocasiones que debido a factores fuera de nuestro alcance, algunas citas tardan un poco mas en ser atendidos. Cuando esto ocurre, tratamos de acomodar su cita ya sea atendiéndole lo mas pronto nos sea posible el mismo día, o cambiando el día de su cita. **Firmando al final de esta carta, usted habrá leído, entendido y esta de acuerdo de no responsabilizar esta oficina dental por perdida de tiempo como resultado de una cita tarde.**"

Al seleccionar el plan Pre-pagado, usted y su empleador han escogido uno de los métodos más nuevos sobre cuidado dental. Como Organización Medica de Mantenimiento de Salud, el propósito primario del Plan Dental Pre-pagado es el de proporcionarle cuidado preventivo dental de calidad requerido por el costo contenido en el objetivo. No obstante estos son solo PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO, y tienen muchas LIMITACIONES y EXCLUSIONES por métodos electivos. La mayoría de planes NO CUBRE nada de lo siguiente:

1. Reconstrucción bucal (de la boca) total.
2. Dentadura cosmética, implantes de unidades, coronas de porcelana, dientes molares o renovación de metal.
3. Nueva dentadura, puentes, ni coronas los cuales la existente restauracion o aparato pueda ser funcional ya sea al repararla, alinearla etc.
4. Coronas en las cuales el diente puede ser restaurado. Al rellenarlo y puentes donde el aparato removible (completo o parcial) este funcional.

Si sus necesidades dentales van mas allá de cuidado preventivo y mantenimiento los cuales pueden ser cubiertos dentro de su plan dental, nuestros doctores y personal estaremos complacidos de proveerle cualquier otro servicio a precio razonable para usted, que no sea cubierto bajo su plan dental.

- Todo co- pago debe ser pagado en el momento del servicio (a menos existan arreglos con anticipación).
- Usted talvez este sujeto a un cobro por citas perdidas, citas no canceladas dentro de 24 horas.
- Por favor asegurese de tener adecuado cuido de niños con anticipación, porque los niños no pueden ser dejados solos en el cuarto de espera.
- Nosotros enviamos como cortesía, los cobros a su aseguranza; no obstante pedimos que la porción de pago del paciente sea hecha en el momento de recibir nuestros servicios. Debido que no somos parte de su contrato, si su compañía de aseguranza no ha pagado la parte correspondiente dentro de 60 días, es responsabilidad del paciente pagar la cantidad completa.

Una vez mas Doctores y nuestro personal en la Practica Dental S.L.O. le damos la mas cordial bienvenida y le agradecemos por permitirnos proveerle cuido dental de calidad.

X

Firma

Fecha

Firma del testigo

Fecha