



**Gilbert A. Trujillo, DDS**

Pediatric Specialist

**Kellie McGinley, DDS**

Pediatric Specialist

Board Certified, Diplomate

---

---

## Póliza Financiera

Estamos comprometidos a brindarle a su familia la mejor atención posible y nos complace hablar con usted sobre nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación. Pregunte si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra Política financiera.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos tener un formulario de información del paciente completo antes de que podamos ver a su hijo/a en nuestra oficina, firmado por un padre o tutor legal. \_\_\_\_\_ **Inicial**
- El pago total vence en el momento en que se brinda el tratamiento, incluidos el deducible y la porción/copagos familiares estimados. \_\_\_\_\_ **Inicial**
- Se cobrará un cargo por cualquier cheque devuelto. Después de dos cheques devueltos, ya no aceptaremos cheques como pago a cuenta. \_\_\_\_\_ **Inicial**
- Se cobrará una tarifa de \$35 por todas las citas canceladas. Esta es una cita de "**no presentación**" sin previo aviso de 24 horas. \_\_\_\_\_ **Inicial**
- Con mucho gusto programamos a los hermanos el mismo día para su conveniencia; sin embargo, esto requiere dedicar más tiempo a una familia. En el caso de una cita cancelada, se evaluará la tarifa de cita cancelada de \$35 y no podremos programar a los hermanos juntos en el futuro. \_\_\_\_\_ **Inicial**
- Se cobrará una tarifa de \$325 por todas las citas de **Sedación Oral Moderada Consciente** rotas o que no se presenten sin un aviso de 24 horas. \_\_\_\_\_ **Inicial**
- Se cobrará una tarifa de \$500.00 por todas las citas de **Cirugía Oral** rotas o que no se presenten sin un aviso de 24 horas. Esto no se aplicará si el médico del niño canceló la cita debido a una enfermedad y se debe proporcionar la documentación del médico. \_\_\_\_\_ **Inicial**

### SEGURO:

Nos complace presentar reclamos de seguro para aquellos pacientes con seguro dental. No cobramos por este servicio; es una cortesía para las familias de nuestros pacientes. Es responsabilidad de la familia proporcionar a nuestra oficina la información correcta del seguro dental para presentar el reclamo, así como el conocimiento de las limitaciones del plan, los beneficios y los máximos anuales. Tenga en cuenta que no somos proveedores preferidos para todos los planes dentales. \_\_\_\_\_ **Inicial**

He leído y reconozco las políticas anteriores.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Gilbert A. Trujillo, DDS**  
Pediatric Specialist

**Kellie McGinley, DDS**  
Pediatric Specialist  
Board Certified, Diplomate

---

---

## Conesentimiento Para el Tratamiento y Divulgación de Información

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Yo, el padre o tutor legal del paciente menor mencionado anteriormente, por la presente autorizo y solicito la prestación de servicios dentales para este paciente por parte de Gilbert A. Trujillo, DDS y/o Kellie McGinley, DDS y el personal. Tengo autoridad para autorizar estos servicios. \_\_\_\_\_ **Inicial**
2. Autorizo a Gilbert A. Trujillo, DDS y/o Kellie McGinley, DDS y al personal a realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento dental determinados por el dentista como razonables, necesarios y previsibles. \_\_\_\_\_ **Inicial**
3. Autorizo la administración de anestésicos locales (medicamentos para adormecer) o analgésicos que se consideren necesarios y recomendados por Gilbert A. Trujillo, DDS y/o Kellie McGinley, DDS para completar el tratamiento dental de manera segura y cómoda. \_\_\_\_\_ **Inicial**
4. Entiendo que las técnicas de manejo del comportamiento pueden ser necesarias cuando se trabaja con algunos niños para evitar lesiones a ese niño, esto puede incluir el control de la voz y decir, mostrar y hacer, apoyo de la boca, control de brazos y piernas. Si estas técnicas se vuelven necesarias para mi hijo, doy mi autorización. Esto **no incluye** dispositivos de restricción, como consentimiento de contención. \_\_\_\_\_ **Inicial**
5. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento de mi hijo a otro dentista o médico por razones que incluyen referencias, consultas o transferencia de registros. \_\_\_\_\_ **Inicial**
6. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento de mi hijo con el fin de obtener autorizaciones previas o el pago de los beneficios del seguro. \_\_\_\_\_ **Inicial**
7. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento o la cuenta de mi hijo al otro padre u otro tutor legal de mi hijo, si corresponde. \_\_\_\_\_ **Inicial**
8. Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Gilbert A. Trujillo, DDS y/o Kellie McGinley, DDS, de otro modo pagadero al asegurado. \_\_\_\_\_ **Inicial**
9. Entiendo que el plan de tratamiento presentado, junto con las tarifas descritas, podría cambiar según el tiempo transcurrido desde el examen, el alcance de la patología dental, la capacidad de obtener radiografías debido a la edad, las necesidades especiales o el comportamiento de mi hijo. \_\_\_\_\_ **Inicial**
10. Entiendo que se espera el pago cuando los servicios se prestan en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Entiendo que el seguro se presentará como una cortesía para mí. Entiendo que el Dr. Trujillo y McGinley no son los proveedores preferidos de todas las compañías de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar al personal comercial la información correcta para presentar reclamos de seguro. Es mi responsabilidad conocer los beneficios, máximos, frecuencia, limitaciones y deducibles de mi plan de seguro. Acepto pagar la parte familiar estimada determinada en el momento en que se brindan los servicios a mi hijo y cualquier saldo restante. Entiendo que se cobrará un cargo por cualquier cheque devuelto. Después de dos cheques devueltos, ya no aceptaremos cheques como pago a cuenta. \_\_\_\_\_ **Inicial**
11. Entiendo que mi aseguradora/administrador de seguro dental puede pagar menos que la factura real por los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que soy responsable del pago completo de todos los saldos de cuenta. Entiendo que se acumulará un cargo financiero en las cuentas con más de 30 días de mora, a una tasa de porcentaje anual del 18%. \_\_\_\_\_ **Inicial**
12. Mi hijo/a tiene Medicaid y Nevada Check Up? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
13. Entiendo que en caso de que mi hijo sea elegible bajo el programa Medicaid/Nevada Check Up como cobertura de seguro secundario y esta práctica no es un proveedor preferido para mi seguro primario, Medicaid/Check Up no cubrirá ningún procedimiento y yo ser responsable en su totalidad de lo que no cubra mi seguro primario. \_\_\_\_\_ **Inicial**

Padre/tutor legal (Firma): \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal (Firma): \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



