

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.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos tener un formulario de información del paciente completo y firmado por uno de los padres o tutor legal antes de poder atender a su hijo(a) en nuestra oficina. También estamos obligados a obtener una actualización anual. **Iniciales** _____
 - Se espera el pago completo en el momento en que se presten los servicios, ya sea en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Si su hijo(a) cuenta con Seguro dental, se espera el pago de la porción familiar estimada determinada en el momento de la prestación del servicio, así como de cualquier saldo restante. El Seguro será presentado como cortesía. En su responsabilidad proporcionar al personal administrativo la información correcta para presentar los reclamos al Seguro. También es su responsabilidad conocer los beneficios, máximos, frecuencia, limitaciones y deducibles del plan de seguro. **Iniciales** _____
 - El proveedor/administrador del seguro dental puede pagar menos que el monto real facturado por los servicios brindados a mi hijo(a). Usted es responsable del pago total de todos los saldos de la cuenta. Se aplicará un cargo financiero a las cuentas con más de 30 días de atraso, a una tasa anual del 18%. **Iniciales** _____
 - Se cobrará una tarifa de \$55.00 por todas las citas **"incumplidas"**. Esto incluye citas a las que no se asista sin un aviso de cancelación con al menos 24 horas de anticipación, o citas **"canceladas"** sin un aviso de 24 horas dentro del horario laboral. **Iniciales** _____
 - Con gusto programamos a los hermanos el mismo día para su conveniencia; sin embargo, esto requiere dedicar más tiempo a una sola familia. En caso de una cita incumplida, se cobrará la tarifa de \$55.00 y no podremos volver a programar a los hermanos juntos en el futuro. **Iniciales** _____
 - Se cobrará una tarifa de \$325.00 por todas las citas de **Sedación Consciente Oral Moderada** que se incumplan a las que no se asista, sin un aviso de 24 horas dentro del horario laboral regular. **Iniciales** _____
 - Se cobrará una tarifa de \$500.00 por todas las citas **Hospitalarias/con Anestesia General** que se incumplan a las que no se asista, sin un aviso con una semana de anticipación dentro del horario laboral regular. Esta tarifa solo será eximida si el médico del niño(a) cancela la cita por enfermedad y se debe proporcionar documentación. **Iniciales** _____
 - En el caso de que mi hijo(a) sea elegible para Medicaid/Nevada Check Up como seguro secundario y esta clínica no sea un proveedor preferido para el seguro primario, Medicaid/Nevada Check Up no cubrirá ningún procedimiento y yo seré responsable del pago total de lo que mi seguro primario no cobra. **Iniciales** _____
- ¿Mi hijo(a) tiene Medicaid o Nevada Up? **Si** _____ **No** _____

He leído y reconozco las políticas mencionadas anteriormente.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Imprimir Nombre de Padre/Tutor

Relación al Paciente



Kellie McGinley, DDS
Board Certified, Diplomate
Licensed Pediatric Specialist

Gilbert A. Trujillo, DDS
Licensed Pediatric Specialist

Emily Whipple, DMD
Board Certified, Diplomate
Licensed Pediatric Diplomate

Consentimiento Para el Tratamiento y Divulgación de Información

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. Yo, el padre o tutor legal del paciente menor de edad mencionado anteriormente, por la presente autorizo y solicito la prestación de servicios dentales para este paciente por parte de Kellie McGinley DDS, Gilbert A. Trujillo DDS y/o Emily Whipple DMD y el personal. Confirmando que tengo autoridad legal para autorizar dichos servicios. **Iniciales** _____

2. Autorizo a Kellie McGinley DDS, Gilbert A. Trujillo DDS y/o Emily Whipple DMD y al personal a realizar procedimientos de diagnóstico incluyendo radiografías y tratamiento dental determinados por el dentista como razonables, necesarios y aconsejable. **Iniciales** _____

3. Autorizo la administración de anestésicos locales (**medicamentos para adormecer**) y/o analgésicos que el proveedor dental de Growing Smiles Pediatric Dentistry considere necesarios y apropiados para completar el tratamiento dental de manera segura y cómoda. **Iniciales** _____

4. Entiendo que las técnicas de manejo del comportamiento pueden ser necesarias (como la inmovilización protectora del cuerpo, brazos o piernas), control de voz y la técnica de decir-mostrar-hacer cuando se trabaja con algunos niños para evitar lesiones al niño o al personal. Si estas técnicas se vuelven necesarias para mi hijo(a), doy mi autorización. **Iniciales** _____

5. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a) a otro dentista o médico por razones que incluyen referencias, consultas o transferencia de registros. **Iniciales** _____

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. **Iniciales** _____

7. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento o la cuenta de mi hijo al otro padre o otro tutor legal de mi hijo, si corresponde. **Iniciales** _____

8. Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Kellie McGinley DDS, Gilbert A. Trujillo DDS y/o Emily Whipple de otro modo pagadero al asegurado. **Iniciales** _____

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. **Iniciales** _____

Padre/Tutor Legal (Firma): _____ Fecha: _____

Padre/Tutor Legal (Imprimir Nombre): _____ Fecha: _____

Padre/Tutor Legal (Firma): _____ Fecha: _____

Padre/Tutor Legal (Imprimir Nombre): _____ Fecha: _____



Kellie McGinley, DDS
Board Certified, Diplomate
Licensed Pediatric Specialist

Gilbert A. Trujillo, DDS
Licensed Pediatric Specialist

Emily Whipple, DMD
Board Certified, Diplomate
Licensed Pediatric Diplomate