

REGISTRO DE PACIENTES

IDENTIFICACIÓN:

Cuadro de
IDENTIFICACIÓN:

Nombre:
El paciente es: Titular de la póliza Parte responsable

Apellido:
Nombre de preferencia:

Inicial de su segundo nombre:

Parte responsable (si es otra persona que no sea el paciente)

Nombre:	Apellido:	Inicial de su segundo nombre:
Dirección:	Dirección 2:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Localizador de personas:
Hogar		
Teléfono:	Teléfono laboral:	Interno Móvil
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social:	Licencia de conducir:
<input type="checkbox"/> La parte responsable también es titular de la póliza para el paciente <input type="checkbox"/> Titular Principal de la Póliza de Seguro <input type="checkbox"/> Titular Secundario de la Póliza de Seguro		

Información del paciente

Dirección:	Dirección 2:	Localizador de personas:
Ciudad: Hogar	Estado/Código postal:	Móvil:
Teléfono:	Teléfono laboral:	Interno
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Licencia de conducir:
Fecha de nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico.
Correo electrónico:		
Sección 2		Sección 3
Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado		Jubilado por Dentista anterior:
Condición de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Contacto de emergencia N.º de contacto de emergencia
Identificación de Medicaid:	Dentista preferido:	
Identificación del empleador	Farmacia preferida:	
Identificación del portador:	Higienista preferido:	

Información sobre el seguro principal

Nombre del asegurado:	Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	
N.º de Seguro Social del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
Empleador:	Compañía Aseguradora:	
Dirección:	Dirección:	
Dirección 2:	Dirección 2:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:	
Beneficios Restantes:	Deducciones Restantes:	

Información sobre el seguro secundario

Nombre del asegurado:	Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	
N.º de Seguro Social del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
Empleador:	Compañía Aseguradora:	
Dirección:	Dirección:	
Dirección 2:	Dirección 2:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:	
Beneficios Restantes:	Deducibles Restantes:	

Bridgeport Smiles
Historial médico de Eaglesoft (copia)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha de creación:

Si bien el personal dental trata principalmente el área de la boca y alrededor de ella, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pudiera tener, o los medicamentos que PUDIERA estar tomando, podrían tener una interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Se encuentra ahora bajo atención médica? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o se ha sometido a una operación importante? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave de cuello o cabeza? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Está tomando, o ha tomado, Phert-Fen o Redux? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Está en alguna dieta especial? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Usa tabaco? Sí No Si la respuesta es sí
- ¿Alguna vez ha tenido complicaciones por una extracción de diente? (osteonecrosis, hemorragia severa, etc.) Sí No Si la respuesta es sí

Mujeres: ¿Usted está

- Embarazada/intentando quedar embarazada? ¿Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 Metal Látex Sulfamidas Anestésicos locales
 Otro

¿Utiliza sustancias controladas (narcóticos o medicamentos recetados para el dolor)? Sí No Si la respuesta es sí

¿Otro? Si la respuesta es sí

¿Tiene, o ha tenido, alguna de las siguientes?

SIDA, VIH Positivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cortisona	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamientos con radiación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Adicción a las drogas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diálisis renal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Se queda sin aliento fácilmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipertensión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colesterol alto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre escarlata	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Urticaria o erupción	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Articulación artificial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia falciforme	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Episodios de desmayo/Mareo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latidos cardíacos irregulares	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de sinusitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas en los riñones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Espina bífida	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad del estómago/intestinal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad hepática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Derrame cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fácil aparición de moretones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial baja	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hinchazón de los miembros	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolores de pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque/insuficiencia cardíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Resfríos/ampollas febriles	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo cardíaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Defectos cardíaco congénito	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas cardíacos/ Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ictericia Amarilla	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Síndrome del intestino irritable	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave que no esté enumerada? Sí No Si la respuesta es sí

Comentarios:

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario se han respondido de manera correcta. Comprendo que proporcionar información incorrecta podría ser peligroso para mi salud (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental sobre cualquier cambio en mi condición médica.

Firma del paciente, padre o tutor:

X

Fecha: _____

Bridgeport Smiles

Notificación de Prácticas de Privacidad

Última actualización: Agosto de 2014

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE UTILIZARÁ Y SE DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON DETENIMIENTO.

I. Consulta dental cubierta por esta Notificación

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de Bridgeport Smiles ("Consulta Dental"). "Nosotros" y "nuestro" hacen referencia a la odontología. "Usted" y "suyo" hacen referencia al paciente.

II. Cómo contactarnos/Nuestro Funcionario de Privacidad

Si tiene preguntas o quisiera recibir más información acerca de esta Notificación, puede contactarse con el Funcionario de Privacidad de Bridgeport Smiles en: Robert M. Gomberg 208 S. LaSalle, Ste. 14140, Chicago, Illinois 60604 (312) 223-6194 int.25

III. Nuestra promesa hacia usted y nuestras obligaciones legales

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Comprendemos que su información médica es personal y nos comprometemos a protegerla. Esta Notificación describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros fines que están permitidos o requeridos por ley.

IV. Última fecha de revisión

Esta Notificación se revisó por última vez el 14 de agosto de 2014.

V. Cómo podemos utilizar o divulgar su información médica

Los siguientes ejemplos describen diferentes maneras en que podemos utilizar o divulgar su información médica. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos. Tenemos permitido por ley utilizar y divulgar su información médica para los siguientes fines: Usos y divulgaciones comunes

1. Tratamiento. Podríamos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento y servicios dentales, como una limpieza o examen de los dientes o realización de procedimientos dentales. Podríamos divulgar su información médica a especialistas dentales, médicos u otros profesionales médicos involucrados en su atención.
2. Pago. Podríamos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago de planes de salud y aseguradoras por la atención que le proporcionamos.
3. Operaciones de atención médica. Podríamos utilizar y divulgar su información médica en relación con operaciones de atención médica necesarias para llevar adelante nuestras prácticas.
4. Recordatorios de citas. Podríamos utilizar o divulgar su información médica cuando necesitemos contactarlo para recordarle una cita odontológica. Podríamos contactarlo utilizando una tarjeta postal, carta, llamada telefónica, mensaje de voz, de texto o correo electrónico.
5. Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con su salud. Podríamos utilizar o divulgar su información médica para contarle las opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con su salud que podrían interesarle.
6. Divulgación a familiares y amigos. Podríamos divulgar su información médica a un familiar o amigo que esté involucrado en su atención o en el pago de su tratamiento si usted no se opone.
7. Divulgación a socios empresariales. Podríamos divulgar su información médica protegida a nuestros proveedores de servicios externos (llamados "socios empresariales") que llevan a cabo funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios.

VI. Autorización escrita para cualquier otro uso o divulgación de su información médica

Los usos y divulgaciones de su información médica protegida que implican la entrega de notas de psicoterapia (si las hubiera), comercialización, venta de su información médica protegida, u otros usos o divulgaciones no descritos en esta notificación se llevarán a cabo únicamente con su autorización escrita, a menos que sean requeridos y permitidos por la ley. Usted podrá revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida que esta oficina haya tomado medidas en función del uso de la divulgación indicada en la autorización. Si un uso o divulgación de la información médica protegida descrita anteriormente en esta notificación está prohibido o materialmente limitado por otras leyes que podrían aplicarse a su uso, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más exigente.

VII. Sus derechos con respecto a la información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a cierta información médica que tenemos a su nombre (información en un conjunto de registros designados según lo definido por HIPAA). Para ejercer alguno de estos derechos, usted deberá enviar una solicitud escrita a nuestro Funcionario de Privacidad mencionado en la primera página de esta Notificación.



A. Derecho al acceso y revisión de la información

Usted podrá solicitar acceso y revisar una copia de su información médica. Podremos rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Usted recibirá una notificación escrita de la negación y podrá apelarla. Le proporcionaremos una copia de su información médica en el formato que solicite si es fácil de reproducir. Si no se puede reproducir fácilmente, se la proporcionaremos en formato impreso o en otro formato que sea mutuamente convenido. Si la información médica está incluida en un Registro Médico Electrónico, tendrá derecho a obtener una copia del mismo en formato electrónico y podrá solicitarnos que se lo enviemos a la persona o entidad que usted designe en formato electrónico. Podremos cobrar una tarifa razonable para cubrir el costo que implica proporcionarle copias de su información médica.

B. Derecho a enmiendas

Si usted cree que su información médica es incorrecta o está incompleta, podrá solicitarnos que la corrijamos. Podremos rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Recibirá una notificación escrita de la negación y podrá presentar una declaración de desacuerdo que será incluida con la información médica que usted considera como incorrecta o incompleta.

C. Derecho a restringir el uso y la divulgación

Usted podrá solicitarnos que restrinjamos los usos de su información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o a sus familiares o amigos involucrados en su cuidado o en el pago de su atención. Nosotros podremos no estar de acuerdo (y no tenemos la obligación) con sus restricciones solicitadas, con una excepción: Si usted paga de su bolsillo el monto total por un servicio que recibe de nuestra parte y solicita que no enviemos el reclamo por este servicio a su aseguradora o plan de salud para su reembolso, debemos cumplir con su solicitud.

D. Derecho a comunicaciones confidenciales, medios y lugares alternativos

Podrá solicitar recibir comunicaciones sobre la información médica por medios alternativos o en un lugar alternativo. Cumpliremos con su solicitud si es razonable y si indica que la comunicación por medios regulares podría ponerlo en peligro. Cuando envía una solicitud escrita al Funcionario de Privacidad mencionado en la primera página de esta Notificación, deberá proporcionar un método de contacto alternativo o una dirección alternativa e indicar cómo se realizarán los pagos por los servicios.

E. Derecho a recibir una explicación de las divulgaciones de su información médica

Tiene derecho a recibir una explicación de las divulgaciones de su información médica por los seis (6) años previos a la fecha en que se solicitó esa explicación, excepto en el caso de las divulgaciones para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (y ciertas otras excepciones según lo indicado por HIPAA). La primera explicación que proporcionemos en cualquier período de 12 meses será sin cargo alguno para usted. Podremos cobrar una tarifa razonable para cubrir el costo por cada solicitud posterior de una explicación dentro del mismo período de 12 meses. Le notificaremos con anticipación sobre este costo y usted podrá elegir modificar o retirar su solicitud en cualquier momento.

F. Derecho a recibir una copia en papel de esta notificación

Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Podrá solicitarnos que le entreguemos una copia en papel de la Notificación en cualquier momento (aun cuando haya acordado recibir la notificación de manera electrónica). Para obtener una copia en papel, deberá hablar con el Funcionario de Privacidad.

G. Derecho a recibir una notificación sobre una violación de la seguridad

Por ley debemos notificarte si ha habido alguna violación en la privacidad o seguridad de su información médica. La notificación se proporcionará por correo de primera clase dentro de los sesenta (60) días del evento. La violación se produce cuando ha habido un uso o divulgación no autorizados conforme a HIPAA que compromete la privacidad o seguridad de su información médica.

VIII. Protecciones especiales para información sobre VIH, abuso de alcohol y sustancias, salud mental y genética

Ciertas leyes federales y estatales podrían requerir protecciones de privacidad especiales para restringir el uso y divulgación de cierta información médica, incluida la información sobre VIH, abuso de alcohol y sustancias, salud mental y genética.

IX. Nuestro derecho de cambiar las prácticas de privacidad y esta notificación

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento.

X. Cómo realizar denuncias sobre privacidad

Si tiene alguna queja sobre sus derechos de privacidad o sobre cómo se ha utilizado o divulgado su información médica, podrá presentar una denuncia ante nosotros contactando al Funcionario de Privacidad mencionado en la primera página de esta Notificación.

También podrá presentar una denuncia escrita ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Humanos. No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por haber presentado una queja.

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE HIPAA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA BRIDGEPORT SMILES

Última actualización: Agosto de 2014

Acuse de recibo

Yo, _____, por la presente reconozco que he recibido y revisado una copia de la Notificación de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad para Bridgeport Smiles. Comprendo que la Notificación de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad para Bridgeport Smiles puede cambiar periódicamente y tengo derecho a recibir una copia revisada de la misma si la solicito. Comprendo que, si tengo preguntas sobre la Notificación de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad para Bridgeport Smiles, puedo comunicarme con Robert M. Gomberg al (312) 332-6194 int. 25. Comprendo que es mi derecho negarme a firmar este Acuse de recibo si así lo decidiera, y que Bridgeport Smiles no se negará a brindarme tratamiento si me rehúso a firmar este Acuse de recibo. También comprendo que puedo contactarme con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si tuviera dudas sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de Bridgeport Smiles. Para recibir información sobre cómo contactarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, pregunte por Robert Gomberg, mencionado anteriormente, para recibir ayuda.

Firma del paciente _____ Fecha _____

(O representante personal del paciente)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Bridgeport Smiles ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el Acuse de recibo de la Notificación de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad por parte del paciente arriba mencionado. A pesar de estos esfuerzos, Bridgeport Smiles no pudo obtener un Acuse de recibo firmado por la siguiente razón:

- Negativa a firmar el acuse de recibo el día _____, 20_____.
- Las barreras de comunicación nos prohibieron obtener un Acuse de recibo firmado.
- Una situación de emergencia nos prohibió obtener un Acuse de recibo firmado.
- Otro (Describir): _____

Fecha _____ Recibido por _____

Política de Acuerdo Financiero, Política de Cancelación/No Asistencia, Asignación de Beneficios, Autorizaciones Generales

Gracias por elegir Bridgeport Smiles como su proveedor de atención odontológica. Nos comprometemos a brindarle la más alta calidad de atención odontológica, para que pueda lograr una salud bucal óptima. Lea con atención y firme a continuación. Podrá solicitar una copia.

___ **(Coloque aquí sus iniciales)** El pago se realiza en el momento que se proporciona el servicio. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales de hasta \$200, como así también MasterCard, Visa, American Express y Discover. La financiación externa está disponible a través de Care Credit y otras tarjetas de crédito dentales en nuestra oficina. Puede solicitarnos información y una solicitud.

___ **(Coloque aquí sus iniciales)** Como cortesía, lo ayudaremos a procesar todas sus reclamaciones al seguro.

Debe comprender que le proporcionaremos un presupuesto estimativo para el seguro. Sin embargo, no es garantía que su seguro pagará exactamente lo estimado. Su aseguradora y los beneficios del plan en definitiva determinan el monto a pagar. Nosotros, por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su presupuesto estimativo sea lo más preciso posible. Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de la cobertura de su seguro. Cabe destacar que como su proveedor de atención odontológica, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, y no con su compañía aseguradora. Su póliza de seguro es un contacto entre usted, su empleador y su compañía aseguradora. La oficina dental no es una parte del contrato.

Política de Cancelación y No Asistencia

___ **(Coloque aquí sus iniciales)** La reprogramación debe realizarse 24 horas antes del horario de la cita. Podrá ser reprogramado si llega más de 15 minutos tarde y se le cobrará un costo de cancelación de \$30 si no se presenta para su cita programada o si cancela dentro de las 24 horas de su cita. Si no asiste a más de 3 citas sin previa notificación, no podrá asistir al consultorio por orden de llegada o sin turno.

OPCIONAL:

Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a la información dental del paciente (otro que no sea el padre/tutor legal)

NOMBRE: _____ Relación: _____

Le agradecemos la oportunidad de satisfacer sus necesidades de atención odontológica y aceptamos cualquier pregunta que pudiera tener con respecto a su atención o nuestra política financiera. He leído, comprendo y acepto los términos y condiciones arriba mencionados.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha _____