

INFORMACIÓN DE SU HIJO(A)

Nombre del niño(a) _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Apodo _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad del niño(a) ____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Zip _____

¿Cómo elegiste nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Madre Madrastra Guardián Padre Adoptivo

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfono Principal # _____ Teléfono Secundario # _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Correo Electrónico _____

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

¿Tiene custodia legal del niño? Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE

Padre Padrastro Guardián Padre Adoptivo

Nombre _____

Dirección _____

Igual que la madre

Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfono Principal # _____ Teléfono Secundario # _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Correo Electrónico _____

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

¿Tiene custodia legal del niño? Sí No

PERSONAS QUE NO SEAN TUTORES LEGALES AUTORIZADOS PARA TRAER AL NIÑO(A) Y DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Abuelos, etc.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma _____

Si el tratamiento involucra óxido nítrico, el individuo debe tener 18 años o más para traer al niño.

CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO SEA EL TUTOR LEGAL

Nombre _____

Relación _____ Número de Teléfono _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA DENTAL

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____

Teléfono de la Compañía de Aseguranza _____

Número de Suscripción del Miembro _____

Número de Grupo _____

Nombre del Dueño de la Póliza _____

Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social _____

Empleador del Dueño de la Póliza _____

SEGUNDA PÓLIZA DE SEGURO DENTAL

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____

Teléfono de la Compañía de Aseguranza _____

Número de Suscripción del Miembro _____

Número de Grupo _____

Nombre del Dueño de la Póliza _____

Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social _____

Empleador del Dueño de la Póliza _____

AUTORIZACIÓN

Certifico la veracidad de toda la información dada. También autorizo la divulgación de información pertinente a aquellas personas que la requieran para el tratamiento de mi hijo(a) o para el pago de la cuenta o referencia de crédito. Bajo ciertas circunstancias, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a los médicos de Honeymint Pediatric Dentistry, y si no, a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos que la factura real por los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de servicios no pagados, en su totalidad o en parte, por mi seguro dental. Mi parte de los gastos se pagará hoy o en el momento en que se presten los servicios.

Firma del padre/tutor

Nombre

Fecha

Por favor, inicie que ha leído y entendido cada sección.

Norma financiera

He recibido la Póliza Financiera y de Seguro de Odontología Pediátrica de Honeymint que describe mi responsabilidad financiera hacia la atención prestada por los médicos de Honeymint Pediatric Dentistry. Entiendo que el padre o tutor legal que acompaña a mi hijo (a) a una cita ser responsable del pago en el momento en que se presten los servicios.

Norma de cancelación de citas o no presentación

Asumo toda la responsabilidad de la cancelación / reprogramación de cualquier cita necesaria. Se reserva una cantidad específica de tiempo especialmente para usted y recomendamos encarecidamente a todos los pacientes que asistan a sus citas. Si debe cambiar su cita, **REQUERIMOS AL MENOS 24 HORAS AVISO ANTES DE LA HORA DE SU CITA** para evitar un cargo de cancelación de \$40. Muchos pacientes están esperando con meses de anticipación las citas, por favor, respete nuestro horario y nuestros otros pacientes dándonos tiempo para llenar su lugar reservado con otro paciente que necesite atención. Si un paciente no asiste a una cita de cirugía, se le cobrará una tarifa de \$200 si no se notifica con anticipación para que la cita se pueda hacer disponible a otro paciente. En caso de que no se notifique con anticipación la cancelación, Honeymint Pediatric Dentistry se reserva el derecho de terminar la relación con el paciente después de 3 citas perdidas o canceladas tardíamente.

Declaraciones de liberación médica/dental

Como padre adoptivo o tutor legal, doy mi consentimiento para que los médicos de Honeymint Pediatric Dentistry completen un examen exhaustivo en el paciente mencionado anteriormente, incluidas las radiografías de diagnóstico necesarias. Hasta el mejor de mi conocimiento, la información que he proveído es precisa y entiendo que se llevará a cabo en la más estricta confianza y de acuerdo con todas las regulaciones federales y estatales de HIPAA. Además, entiendo que es mi responsabilidad informar a Honeymint Pediatric Dentistry de cualquier cambio de médico de mi hijo. Como padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, también concedo a los médicos y al personal de Honeymint Pediatric permiso para realizar futuros tratamientos de odontología según se considere apropiado. Entiendo que todo el tratamiento necesario se explicará antes de y que sea responsable de cualquier pago en su totalidad en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan aprobado en arreglos previos.

Liberación de reclamos de seguros y declaración de responsabilidad financiera

Para precipitar la presentación de este y todos los reclamos futuros de seguro dental, por la presente autorizo la divulgación de información confidencial a la compañía de seguros dentales. Soy consciente de que Honeymint Pediatric Dentistry proporcionará una estimación de la cobertura del seguro antes de iniciar cualquier tratamiento a futuro y que yo seré legalmente responsable de cualquier parte no pagada por esta póliza. Entiendo que el desembolso de costos adicionales pueden acumularse si las estimaciones proporcionadas por mi compañía de seguros son inexactas o si los procedimientos cambian durante el curso del tratamiento. Además, soy consciente de mi responsabilidad financiera en caso de que mi póliza de seguro no pague, por cualquier motivo, dentro de los 45 días posteriores a la fecha de recibir dicho tratamiento.

Autorización de pago directo

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Honeymint Pediatric Dentistry o al dentista que realice el tratamiento de mi hijo (a). Además, en caso de incumplimiento de pago por servicios prestados anteriormente, también acepto pagar todos los honorarios razonables de cobro y / o legales que incurran durante el intento de cobrar esta cantidad.

Aviso de Prácticas de Privacidad, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996

He leído el formulario titulado "Aviso de prácticas de privacidad" y entiendo su contenido con respecto a la privacidad de la información sanitaria de mi hijo (a). Por la presente doy mi consentimiento para el uso necesario de dicha información y entiendo que estas disposiciones prohíben Honeymint Pediatric Dentistry de vender o transferir esta información a cualquier lugar no autorizado sin mi aprobación previa. He revisado esta información y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción total.

He leído y entiendo las políticas anteriores.

Maneras de pago

Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito principales (Visa, MasterCard, American Express y Discover). Con mucho gusto ofrecemos y aceptamos planes de pago a través de CareCredit para el tratamiento dental.

A medida que nos esforzamos por ser uno de los principales proveedores de atención dental pediátrica de Albany, trabajamos para ayudar a los padres a tomar un papel activo en la salud dental de su hijo (a). Porque valoramos nuestra relación con usted y creemos que las mejores relaciones están basadas en su opinión, ofrecemos estas aclaraciones sobre los métodos de pago y reembolso del seguro.

En cada visita, solicitaremos una copia de la información de su seguro dental para permitirnos presentar su reclamo. Por favor, recuerde traer toda información de seguro dental / tarjeta (s) de seguro (s) a cada cita. Póngase en contacto con Honeymint Pediatric Dentistry inmediatamente después de hacer cualquier cambio en su cobertura dental, para que podamos mantener nuestros registros actualizados y proporcionar un reembolso expedito de sus beneficios.

Si se descubre alguna necesidad de tratamiento durante el examen de su hijo (a), le proporcionaremos una estimación de costos que indique nuestra tarifa total, lo que anticipamos que será su cobertura de seguro, y su parte ESTIMADA de pago para el plan de tratamiento. Exploraremos todas las opciones de tratamiento y los costos antes de comenzar cualquier tratamiento adicional. Sabemos que el seguro dental puede ser confuso así que no dude en contactarnos con preguntas sobre seguros o pagos.

Seguro Dental

Nos dedicamos a proporcionar a todos nuestros pacientes el mejor tratamiento disponible y basamos todas nuestras recomendaciones de tratamiento en lo que será mejor para su hijo (a) y no lo que su compañía de seguros pague o no pague. Tenga en cuenta lo siguiente con respecto a su cobertura de seguro dental:

1. Debemos enfatizar que como proveedor de atención médica, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros dentales. Su seguro dental es un contrato entre usted, su compañía de trabajo, y la compañía de seguros. La mayoría de los planes pagan rutinariamente entre un promedio de 50-75% de la tarifa total de procedimientos determinados. Este porcentaje está predeterminado por el plan que su compañía de trabajo ha comprado.
2. Como cortesía, estaremos encantados de solicitar sus beneficios de seguro. Porque su plan de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, muchas compañías no reembolsarán a nuestra oficina. En este caso, usted será responsable del costo total de cada visita en el momento en que se brinden los servicios y su compañía de seguros le envíe el cheque de reembolso directamente a usted.
3. Cualquier cantidad no pagada por su compañía de seguros es debida en el momento en que se presten los servicios. Estas tarifas pueden incluir deducibles, copagos o ciertos procedimientos no cubiertos por su póliza de seguro. Desafortunadamente, algunos de los servicios que podemos recomendar para su hijo pueden no estar cubiertos por su póliza de seguro dental. Nuestro objetivo más importante es tratar a su hijo utilizando los mejores materiales, suministros, medicamentos y medio ambiente posibles.
4. Permitimos un máximo de 45 días para que su compañía de seguros liquide los saldos de la cuenta. Cualquier porción no pagada usted deberá después de este período. Si no ha pagado su saldo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se realizó el tratamiento, un cargo financiero de 1.5% se agregará a su cuenta cada mes hasta que se el saldo sea pagado. Si su compañía de seguros presenta el pago después de este tiempo, le reembolsaremos la cantidad pagada hasta entonces. Aunque esto no suceda muy seguido, si es importante que reconozca que su seguro es un contrato legal entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es, y no puede ser parte de ese contrato legal. A final de cuentas, usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.
5. Nuestra oficina no determina sus beneficios dentales. Su compañía de trabajo elige su póliza en particular. Si usted no está contento (a) con la cobertura elegida por su compañía de trabajo, debería de mencionarlo al coordinador de beneficios de su compañía. Solo su compañía de trabajo puede ajustar o cambiar los beneficios.

Antes de recibir cualquier tratamiento, le proporcionaremos una estimación de costos que indique nuestra tarifa total, lo que anticipamos que su cobertura de seguro va a cubrir, y su porción estimada de pago (porción estimada del paciente o EPP). Por favor, recuerde, esto es solo una estimación basada en información generalizada proporcionada por su compañía de seguros dentales. Es posible que una facturación adicional o reembolso a usted pueda pasar en caso de que la información facilitada sea inexacta.

Siempre haremos todo lo posible para maximizar los beneficios de su seguro y apreciamos la liquidación inmediata de cualquier cargo en el que se pueda incurrir durante el proceso de tratamiento. Esperamos forjar años de estrecha relación con usted, mientras trabajamos juntos para mantener la salud bucal de su hijo (a).