

Temecula Kids Dental Care

Estimados Padres o Tutores,

Nos gustaría darle la bienvenida a usted y a su niño a nuestra práctica odontológica. En orden para que su hijo reciba la mejor atención odontológica con una agradable experiencia de oficina, hemos establecido después de muchos años de experiencia en este campo las siguientes políticas: Los padres o tutores son bienvenidos a acompañar a sus hijos en la sala operatoria durante el examen y los procedimientos de limpieza. Pedimos que durante la toma de rayos x en su hijo que paso fuera de la habitación, tras la finalización de los rayos x que eres bienvenido a regresar. Los padres o tutores son también bienvenidos a acompañar a sus hijos en la sala operatoria dental durante el tratamiento mientras el hijo coopera con el dentista mientras el padre está presente. Usamos gas óxido nitroso para relajar los niños si es necesario para ayudar al odontólogo en la realización de un tratamiento dental. También hemos desarrollado un sistema de señales de mano de su hijo al dentista para dejarle saber cuando el niño está experimentando cualquier molestia. La mayoría de los niños cooperen con el dentista mientras sus padres están en la habitación, pero si su hijo se enfadan o de difícil control le pedimos que salga de la sala para que el dentista para recuperar la confianza del niño y completar el tratamiento de su hijo. Hemos encontrado que algunos niños cooperar mejor con el dentista si no están tratando de ganar la simpatía de sus padres en la habitación. Si el dentista considera que su hijo es demasiado molesto, en lugar de tratar de forzar el tratamiento dental, nuestro dentista puede sugerir una anestesia general. El dentista también pueden sentir que sería mejor para su niño a ser contemplados para la odontología del hospital donde su hijo puede estar sedado bajo anestesia general para completar el tratamiento dental. El Dr. Baker ha sido un muy exitoso dentista pediátrica desde hace casi 20 años, con una interminable lista de pacientes satisfechos. Todo nuestro personal es profesional, que se esfuerzan por hacer su mejor esfuerzo en todo momento. Nuestro objetivo principal en el tratamiento de cualquier niño es poner su seguridad y su salud en primer lugar durante cualquier tratamiento dental. Gracias por elegir nuestra oficina.

Dr. Fattouch y Personales

Nombres de pacientes: _____

Aprobacion del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de Pago Seguro

Nombres del Paciente: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Identificador de Suscriptor: _____

Compañía de Seguros: _____

Yo, _____ Y autorizo el pago directo de los beneficios dentales pagaderas a mí, directamente a la representación de proveedores dentales.

He sido informado del plan de tratamiento y tarifas asociadas, acepto ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales no pagados por mi plan de beneficios dentales, a menos que esté prohibido por la ley o el tratamiento odontológico o la práctica dental tiene un acuerdo contractual con mi plan prohibiendo todo o una parte de dichos cargos. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo las actividades de pago en relación con esta reclamación.

Imprimir Nombre: _____

La Firma: _____ Fecha: _____

Temecula Kids Dental Care

Queridos Padres,

Nos gustaría darle la bienvenida a usted y a su niño a nuestro consultorio dental. Aceptamos la mayoría de las pólizas de seguro, sin embargo, debido a un cambio en nuestra política; Nuestra oficina está recopilando los pacientes co-pagos basados en nuestras tarifas usuales y habituales.

Tras una reclamación se ha presentado a los seguros y recibido por nuestro departamento de siniestros, si se ha producido una sobrecarga estaremos encantados de compensar la diferencia de cantidad. Apreciamos su comprensión y cooperación con respecto a esta cuestión.

Nombres de Pacientes:

Fecha: _____

Padres o Tutores: _____

Política de Cancelación

Tomamos gran orgullo en ver a todos con una cita de manera oportuna. Creemos que su tiempo es tan valioso como el nuestro. Si usted no puede mantener su cita, por favor, envíenos un aviso de 24 horas para que alguien que necesiten nuestros servicios pueden verse en ese momento. Estaremos encantados de volver a programar su cita para una fecha futura y el tiempo. Entiendo que el fracaso para cancelar o reprogramar una cita sin un aviso de 24 horas dará como resultado una cita rota cargo de \$25.00

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Temecula Kids Dental Care

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO Y RESPONSABILIDAD

Por la presente autorizo y solicitar la realización de servicios dentales para mis hijos:

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____

Yo también doy mi consentimiento para cualquier conveniente y necesaria la procedimientos odontológicos, medicamentos o anestésicos a ser administradas por los asistentes o por su dentista personal supervisado para fines de diagnóstico o tratamiento dental. Puedo entender y reconocer que soy financieramente responsable por los servicios prestados por mí o los mencionados, independientemente de la cobertura de seguro.

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente(s): _____

Nombre(s) de Tutor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tutor # de Social: _____

Tutores dirección Actual: _____

NO PO BOX, Por Favor

Tutor Numeros Contactos: Casa # _____ Celular #: _____

Relación del tutor para niños: () Madre () Padre () Otro: _____

Firma de Tutor: _____ Fecha: _____

Brindamos a nuestros pacientes la posibilidad de participar en nuestra línea de comunicación con el paciente. Algunas de las características incluyen la capacidad para:

- solicitar citas en línea

Temecula Kids Dental Care

- confirmar los nombramientos a través del correo electrónico
- Recibir mensaje de texto recordatorios de la cita
- Presentar las encuestas de satisfacción del paciente
- Consultar tus amigos online

puede dejar de recibir nuestras comunicaciones en cualquier momento haciendo clic en el enlace Unsubscribe encontrados en el pie de página de cada correo electrónico o mediante la reproducción de un mensaje de texto con "STOP". Estándar se pueden aplicar tarifas por mensajes de texto.

¿Cuál es tu dirección de correo electrónico? _____

Numero de Celular: _____

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Establecimiento de Responsabilidad Financiera

Un representante de nuestro personal de recepción le proporcionará una estimación de los gastos totales, antes de la visita de su hijo. La estimación se basa en la información que recibió nuestra oficina al verificar la información de coberturas y beneficios activa directamente desde su portador de seguro dental. La información obtenida está en correlación directa con los detalles del contrato, sin embargo tenga en cuenta que no es una garantía de pago. Una vez en la oficina de servicios son prestados deberá pagar su deducible, co-pago, y/o co-seguro. Como cortesía, entonces tenemos la factura a su compañía de seguro dental en su nombre. Mientras que cada compañía de seguros es diferente, generalmente esperamos pago a ser recibidos en el plazo de 60 días tras el envío de la reclamación. Si el pago no es recibido a continuación, le enviaremos una notificación de su falta de pago con una factura y solicitar que se ponga en contacto con ellos directamente. En el caso de falta de pago, por favor tenga en cuenta que luego será considerado responsable financieramente por cualquier saldo adeudado. Le pedimos que reclamar la plena responsabilidad para saber los detalles de su contrato de seguro. Ejemplos de estas características incluyen pero no están limitados a: copagos, deducibles, pre-autorizaciones, cubiertos y no cubiertos de política y servicios máximos. Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la oficina de verificación de seguros, el proceso de envío de reclamaciones o sus responsabilidades financieras por favor deje que nuestro personal de recepción sabe para que podamos ayudarle mejor.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____