Información en español al reverso

What to Expect on Your Child's First Dental Visit

Your child's first dental visit should be a pleasant, exciting, and rewarding experience. The Super Dentists, and their crew take special care in how they introduce a youngster to their office. Here's what you and your child can expect...

WHAT HAPPENS ON THE FIRST APPOINTMENT?

Our main concern is to make your child's first visit a pleasant one and to gain his or her trust. The Super Dentists do that by:

- Showing him/her around the office, making your child feel welcome.
- Examining his/her mouth. X-ray pictures may be taken to see how the bones and teeth are growing.
- Suggesting ways to protect your child's oral health through diet and the use of fluorides.
- Teaching both of you how to clean and brush the teeth properly.

Then, if we see anything else that should be done, we plan your child's treatment together with your input.

WHAT SHOULD I TELL MY CHILD BEFORE WE ARRIVE?

Tell your child that The Super Dentists are friendly doctors who help him or her stay healthy. Talk about the visit in a positive way, as you would about any important new experience. A visit to the dentist should be a delightful adventure to your young child.

WHAT ELSE SHOULD I DO?

- DO schedule the visit early in the day. Children usually feel best in the morning and are more cooperative. It's best that your child is rested and the appointment doesn't conflict with his/her meal or nap times.
- DON'T give your child instructions on how to behave in the office such as telling him/her not to cry, sit still in the chair or to be "good," etc.
- DON'T bribe your child to go to the office. DON'T promise any rewards for good behavior.
- DO make appointment days easy ones. See that your child is well rested and that we are the first outing of the day.
- DON'T make other appointments or errands before your dental visit.
- DON'T overdo your preparation. Tell your child about the visit the night before, treating it as a highlight of the next day.
- DO dress up. Nothing increases the expectation of a pleasant experience as much as "getting ready" in nice clothes.

In short, look forward to meeting with us. The Super Dentists look forward to meeting with you and your child. A pleasant beginning makes for a rewarding child-dentist relationship in the long run.

For more information, please visit www.TheSuperDentists.com

EastLake
2226 Otay Lakes Road
Chula Vista, CA 91915
Ph: (619) DENTIST (336-8478)

Chula Vista
345 F Street Suite 260
Chula Vista, CA 91910
Ph: (619) DENTIST (336-8478)

Oceanside
3625 Vista Way
Oceanside, CA 92056
Ph: (760) DENTIST (336-8478)

Carmel Valley
11943 El Camino Real, #200
San Diego, CA 92130
Ph: (858) DENTIST (336-8478)

Kearny Mesa
9737 Aero Drive
San Diego, CA 92123
Ph: (858) DENTIST (336-8478)
COMING SOON!

Qué Esperar Durante la Primera Visita de su Niño al Dentista

La primera visita de su niño al dentista debe ser una experiencia agradable, emocionante y apremiante. The Super Dentistas y su personal prestan especial atención en la forma como dan la bienvenida a un niño pequeño a su consultorio. Esto es lo que su niño puede esperar…

¿QUÉ OCURRE DURANTE LA PRIMERA CITA?

Nuestra principal preocupación es que la primera visita de su niño sea agradable y que nos ganemos su confianza. Los Super Dentistas hacen esto:

- Mostrándole el consultorio, haciendo que el niño sienta que es bienvenido.
- Examinando su boca, posiblemente tomando algunos rayos-X para ver cómo están creciendo su huesos faciales y, los dientes.
- Sugiriendo formas de proteger la salud bucal de su niño mediante buena la alimentación y el uso de fluoruros.
- Enseñando a usted y a su niño cómo limpiarse y cepillarse los dientes correctamente.

Después de eso, si vemos que hay algo más que deba hacerse, planeamos el tratamiento de su niño juntos con la información que usted nos proporcione.

¿QUÉ DEBO DECIRLE A MI HIJO ANTES DE QUE LLEGUEMOS?

Dígale a su hijo que Los Super Dentistas, son doctores amigables ayudan a mantener su dientes saludables. Platique acerca de la visita en una forma positiva, de igual forma en que lo haría con cualquier experiencia nueva importante. La visita al dentista deberá ser una aventura agradable para usted y para su niño.

¿QUÉ MÁS DEBO HACER?

- PROGRAME su visita temprano. Generalmente los niños se sienten mejor en la mañana y cooperan más. Es mejor si su hijo ha descansado y si la cita no interfiere con la hora de sus alimentos o siesta.
- NO dé instrucciones a su niño sobre cómo comportarse en el consultorio tales como decirle que nollore, que permanezca sentado, que se "porte bien", etc.
- NO soborne a su hijo para ir al consultorio. NO prometa recompensas por portarse bien.
- NO haga de los días de cita días para otras cosas. Vea que su niño esté bien descansado y que nosotros seamos el primer motivo de salida del día. NO haga otras citas o compras antes de su visita al consultorio dental.
- NO exagere su preparación. Dígale a su niño acerca de su visita la noche anterior, haciéndola ver como lo más destacado para el día siguiente.
- VISTA ropa adecuada. Nada incrementa la expectativa de una experiencia agradable tanto como “alistarse” una ropa comoda.

En pocas palabras, sienta el deseo de reunirse con nosotros y con su hijo. Un principio placentero ayuda a la larga a crear una relación apremiante entre el niño y el dentista.

Para más información, visita www.TheSuperDentists.com

EastLake
2226 Otay Lakes Road
Chula Vista, CA 91915
Ph: (619) DENTIST (336-8478)

Chula Vista
345 F Street Suite 260
Chula Vista, CA 91910
Ph: (619) DENTIST (336-8478)

Oceanside
3625 Vista Way
Oceanside, CA 92056
Ph: (760) DENTIST (336-8478)

Carmel Valley
11943 El Camino Real, #200
San Diego, CA 92130
Ph: (858) DENTIST (336-8478)

Kearny Mesa
9737 Aero Drive
San Diego, CA 92123
Ph: (858) DENTIST (336-8478)

ENGLISH

Patient Information (confidential)

Patient's Name _____ Male Female (CIRCLE ONE)
LAST FIRST MIDDLE

Address _____
STREET CITY STATE ZIP

Home Phone _____ Birthdate _____ Social Security # _____

How did you hear about our practice? (Please be specific) _____

Responsible Party Information

Name _____
LAST FIRST MIDDLE MARITAL STATUS

Mailing Address _____
STREET CITY STATE ZIP

Work Phone _____ Home Phone _____ Cell Phone _____

Email _____ Relationship to patient _____

Social Security # _____ Birthdate _____ Drivers lic# _____

Employer _____ Occupation/Rank _____

Dental Insurance Information

First Policy

Policy Holder's Name _____ Social Security # _____ Birthdate _____

Insurance Company _____ Group/Policy# _____ Insurance ID# _____

Policy Holder's Employer _____ Relationship to patient _____

Additional Policy

Policy Holder's Name _____ Social Security # _____ Birthdate _____

Insurance Company _____ Group/Policy# _____ Insurance ID# _____

Policy Holder's Employer _____ Relationship to patient _____

Emergency Contact (other than responsible party)

Name _____ Relationship to patient _____
LAST FIRST

Residence _____
STREET CITY STATE ZIP

Email _____ Cell Phone _____

Please complete other side ▶

Medical history / Update

Child's Physician _____ Phone _____

Address _____
STREET CITY STATE ZIP

Date of last physical exam _____ Results _____

Is child under care of physician now? Yes ___ No ___ If yes, why _____

Is child receiving any medication or drugs? Yes ___ No ___ If yes, why _____

_____

Ever been hospitalized? Yes ___ No ___ If yes, why _____

Ever had surgery? Yes ___ No ___ If yes, why _____

Has child had any history of or difficulty with any of the following? Please check Y or N

Y__ N__ A.I.D.S./H.I.V.	Y__ N__ Cerebral Palsy	Y__ N__ Hay Fever	Y__ N__ Mental Disability
Y__ N__ Anemia	Y__ N__ Cleft Lip/Palate	Y__ N__ Hearing Problems	Y__ N__ Rheumatic Fever
Y__ N__ Bladder Problems	Y__ N__ Convulsions	Y__ N__ Heart Problems	Y__ N__ Sinus Problems
Y__ N__ Blood Transfusion	Y__ N__ Developmental Disabillity	Y__ N__ Hepatitis	Y__ N__ Thyroid Disease
Y__ N__ Bruise Easily	Y__ N__ Diabetes	Y__ N__ Jaundice	Y__ N__ Tuberculosis
Y__ N__ Cancer	Y__ N__ Epilepsy	Y__ N__ Kidney Disease	Y__ N__ Premature
Y__ N__ Phen Phen	Y__ N__ Fainting	Y__ N__ Liver Disease	Other_____

Any medications taken? (including Bisphosphonate) Yes__ No__ Other:_____

Has child ever had any asthmatic attacks? If yes, Mild ___ Moderate ___ Severe ___ Frequency _____

Is child allergic to, or ever had an adverse reaction to the following? Please check Y or N

Aspirin Y__ N__ Barbituates Y__ N__ Sedatives Y__ N__ Sulfa Drugs Y__ N__ Any others _____

Amoxicillin Y__ N__ Local Anesthetics Y__ N__ Sleeping Pills Y__ N__ Latex Y__ N__

Does child have any dental pain? Yes__No__If yes, please list:_____

Does child have any habits? (thumb sucking, biting or chewing) Yes__No__If yes, please list:_____

_____

Dental History

Is this your child's first time to a dental office? Yes ___ No ___ If no, please complete the following:

Name of previous dentist _____ Phone _____

Date of last visit to dentist _____ For what services _____

Has your child had any trouble associated with any previous dental treatment? Yes ___ No ___

Have you been satisfied with your child's previous dental care? Yes ___ No ___

OFFICE USE ONLY

Doctors Name: _____ **Doctors Signature:** _____

Authorization

I hereby authorize the dentists and staff to perform all necessary treatment and diagnostic aids when necessary, as the standard of care to properly diagnose, treat and record any and all dental conditions. To the best of my knowledge the information I have given on this form is correct, and I understand that providing incorrect information can be dangerous to my child's health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in my child's medical status, I also understand the use of anesthetic agents embodies certain risks. I understand that I am financially responsible for all charges and services rendered whether or not it is covered by my insurance as well as all broken appointment fees and all late payment service charges. I understand that obtaining insurance coverage and benefit information is MY RESPONSIBILITY and NOT the responsibility of our office or dental staff. This consent is to remain in effect from the date indicated until cancelled in writing.

Signature of Responsible Party _____ Date _____

ESPAÑOL

Información confidencial del paciente

Nombre _____ Hombre Mujer
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre (circule uno)

Residencia _____
Calle Ciudad Estado C.P.

Tel. de casa_____Fecha de nacimiento_____NSS _____

¿Cómo se entero de nuestro consultorio? _____

Información confidencial de la parte responsable

Nombre_____ Estado civil _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Residencia_____
Calle Ciudad Estado C.P.

Domicilio postal _____
Calle Ciudad Estado C.P.

¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio?_____Tel. de casa_____Celular_____

Tel. de trabajo_____Correo electrónico_____Lic. de conducir_____

Domicilio anterior (si menos de 3 años)_____

NSS_____Fecha de nacimiento_____Relación con el paciente_____

Empleador_____Ocupación/rango_____No. de años empleado_____

Nombre del cónyuge_____ Relación con el paciente_____
Apellido Nombre Segundo nombre

Empleador_____Ocupación/rango_____No. de años empleado _____

NSS_____Fecha de nacimiento_____Tel. de casa_____Celular_____

Información de Aseguranza Dental

Primera Poliza

Nombre del Asegurado _____ NSS_____ Fecha de Nacimiento _____

Compañia de Seguro _____Grupo de Poliza _____ Numero de Poliza _____

Empleador del Asegurado _____ Relación del Paciente _____

Información Adicional

Nombre del Asegurado _____ NSS_____ Fecha de Nacimiento _____

Compañia de Seguro _____Grupo de Poliza _____ Numero de Poliza _____

Empleador del Asegurado _____ Relación del Paciente _____

Contacto de Emergencia (Algún otro de la parte responsable)

Nombre _____
Apellido Nombre Relación del Paciente

Residencia _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico _____ Número Telefonico _____

Complete el Reverso

Antecedentes médicos

Médico del niño_____Tel. _____

Domicilio _____

Calle Ciudad Estado C.P.

Fecha del último examen _____Resultados _____

¿Está siendo el niño atendido por un médico? Sí_____No_____ Si es afirmativo, ¿por qué? _____

¿Recibe algún medicamento o fármaco? Sí_____No_____ Si es afirmativo, ¿por qué? _____

_____

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Sí_____No_____ Si es afirmativo, ¿por qué? _____

_____

¿Ha sido operado alguna vez?_____Sí_____No Si es afirmativo, ¿por qué? _____

_____

¿Tiene el niño algún antecedente o dificultad con cualquiera de las siguientes condiciones? Marque (?) sí o no.

Sí__No__SIDA/VIH	Sí__No__Parálisis cerebral	Sí__No__Rinitis alérgica	Sí__No__Discapacidad mental
Sí__No__Anemia	Sí__No__Labio o paladar hendido	Sí__No__Problemas auditivos	Sí__No__Fiebre reumática
Sí__No__Problemas de la vejiga urinaria	Sí__No__Convulsiones	Sí__No__Problemas cardiacos	Sí__No__Problemas de sinusitis
Sí__No__Transfusión sanguínea	Sí__No__Discapacidad del desarrollo	Sí__No__Hepatitis	Sí__No__Enfermedad de la tiroides
Sí__No__Forma hematomas fácilmente	Sí__No__Diabetes	Sí__No__Ictericia	Sí__No__Tuberculosis
Sí__No__Cáncer	Sí__No__Epilepsia	Sí__No__Enfermedad del riñón	Sí__No__Prematuro(a)
Sí__No__Phen/Phen	Sí__No__ Desmayos	Sí__No__Enfermedad del hígado	Otra_____

¿Toma algún medicamento? Sí__No__

¿Ha tenido el niño ataques asmáticos? Si es afirmativo, Ligeros__Moderados__Severos__¿Con qué frecuencia?

Comentarios: _____

¿Es el niño alérgico o alguna vez ha tenido alguna reacción adversa a las siguientes sustancias? Si es afirmativo, encierre en un círculo.

Aspirina Barbitúricos Sedantes Sulfas

Amoxicilina Anestesia local Píldoras para dormir Látex Otras

Antecedentes dentales

¿Es ésta la primera consulta del niño en un consultorio dental? ___Sí___No, Si es no, complete lo siguiente: _____

Nombre del dentista anterior_____Tel. _____

Fecha de la última visita al dentista_____¿Para qué servicios? _____

¿Ha tenido el niño algún problema asociado con algún tratamiento dental anterior?___Sí___No

¿Ha estado usted satisfecho con la atención dental anterior al niño?___Sí___No

USO DE OFICINA UNICAMENTE

Nombre del Doctor _____ Firma del Doctor_____

Autorización

La información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que ésta será mantenida en estricta confidencia, y que es mi responsabilidad informar a este consultorio acerca de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo. También entiendo que el uso de agentes anestésicos implica un cierto riesgo. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para mi hijo. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los costos, sean o no pagados por el seguro. También entiendo que la responsabilidad del costo de los servicios dentales que este consultorio brinda a mi hijo es mía, el cual queda vencido y es pagadero en el momento en que se prestan dichos servicios, excepto que se hayan hecho acuerdos financieros CON ANTICIPACIÓN. Mediante la presente autorizo al dentista a proporcionar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las comunicaciones de mi seguro, ya sean manuales o electrónicas. También entiendo que es mi responsabilidad informar a este consultorio acerca de cualquier cambio en la cobertura del seguro de mi hijo. Entiendo que cuando sea conveniente se pueden obtener informes del buro de crédito.

Firma del padre o tutor_____**Fecha**_____

Información en español al reverso

PAYMENT POLICY

We appreciate you choosing The Super Dentists for your child's dental care. At the offices of The Super Dentists, we value our relationship with your family and would like to offer the following as our payment policy.

Please initial each line as you read along the policies.

_____ In case of insurance, we will be happy to help you receive the maximum benefits available under your policy. However, please realize that the relationship is between you, the insured, and your insurance company. If we do not receive payment from your insurance company within six weeks after submission of claim, you will be expected to pay for all dental services in full. In the event of duplicate payments, your account will be reimbursed.

*****Please understand, that we can only provide an ESTIMATE of how much your insurance might pay towards any treatment. A pre-authorization can be done BY REQUEST BUT WILL delay treatment by approximately six (6) weeks.

_____ A monthly delinquency fee of $25.00 will be added to your account on any balance not paid in full within thirty (30) days from the date of statement. If your account is sent to collections, a collection fee will be added to your balance. If your account should be sent to litigation, a minimum $90.00 fee will be added to your balance.

_____ Once the treatment plan and the estimate insurance benefits are reviewed with you, we require that you pay your portion in full at the time of service.

_____ For your convenience, we accept cash, check, Visa, Master Card, Discover, American Express and "Care Credit" cards.

_____ When impressions are taken for an appliance, half of the fee is due when the appliance is ordered and the remaining balance is paid in full when the appliance is delivered.

_____ Please note that the parent or guardian bringing the child into the office on the day of service will be expected to pay for the services rendered. Only if payment arrangements have been made will we see the child for treatment.

_____ A cancellation or change should be made at least twenty-four (24) hours in advance. It is our policy to charge $25.00 for a broken appointment. A 5% finance charge will be added to balances of $500.00 or more. A cancelled check fee will also be applied in the amount of $25.00 for any returned checks.

I have read and understand the payment policy for the office.

Patient's Name (printed): _____

Parent's Name (printed): _____

Parent's Signature: _____

Date: _____

POLÍTICA DE PAGO

Agradecemos que haya elegido al los Super Dentistas para la atención dental de su hijo. En el consultorió de los Super Dentistas, apreciamos nuestra relación con su familia y quisiéramos ofrecerle lo siguiente como nuestra política de pago.

Marque con su inicial cada línea a medida que va leyendo las políticas.

_____ En el caso de seguro, nos complacerá ayudarle a recibir los beneficios máximos cubiertos por su póliza. Sin embargo, por favor comprenda que la relación es entre usted, el asegurado, y su compañía de seguros. Si no recibimos los pagos de su compañía de seguros dentro de seis semanas de haber presentado un reclamo, se esperará que usted pague todos los servicios dentales en su totalidad. En caso de pagos duplicados, haremos un reembolso a su cuenta.

***** Por favor comprenda que nosotros sólo podemos proporcionar una ESTIMACIÓN de la cantidad que su seguro deberia pagar por cualquier tratamiento. Puede hacerse una pre autorización PERO RETRASARÁ el tratamiento aproximadamente seis (6) semanas, y no es garantia de pago.

_____ Un recargo mensual de $25.00 se sumará a su cuenta por concepto de cualquier saldo total pendiente dentro de treinta (30) días a partir de la fecha del estado de cuenta. Si su cuenta es enviada a colecciones, se sumará una cuota a su saldo. En caso de que su cuenta tenga que enviarse a litigio, se sumará una cuota mínima de $90.00 a su saldo.

_____ Una vez que se haya revisado con usted el plan de tratamiento y los beneficios estimados del seguro, requerimos que usted pague la parte que le corresponde en su totalidad en el momento del servicio.

_____ Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheques, Visa, Master Card, Discover, American Express y tarjetas "Care Credit".

_____ Cuando se tomen impresiones para un aparato, debe cubrirse la mitad del costo cuando se ordene el aparato y el saldo restante pagarse en su totalidad al entregarlo.

_____ Observe que se espera que el padre o tutor que acompañe al niño al consultorio sea quien pague los servicios prestados. Sólo veremos al niño para tratamiento si se han hecho arreglos para el pago.

_____ Cualquier cancelación o cambio deberá hacerse por lo menos con veinticuatro (24) horas de anticipación. Nuestra política es cobrar $25.00 por una cita no cumplida. Se sumará un cargo financiero del 5% a los saldos de $500.00 o más. También se aplicará un cargo por cheques cancelados por la cantidad de $25.00 para cualquier cheque devuelto.

_____ Para las citas de los sábadosse deberá hacer la cancelación o cambio por lo menos con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación o se aplicará un cargo de $50.00 a la cuenta por no presentarse a la cita.

_____ Las solicitudes de un duplicado de los registros dentales y rayos-X tendrán uncargo de $25.00.

He leído y entendido la política de pago del consultorio.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Nombre del padre (en letra de molde): _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Información en español al reverso

Missed Appointment Policy

We want your child's dental experience to be positive and helpful in all ways. Dental visits are most effective when appointments are kept consistent.

When you schedule your appointment, you have reserved this time in our schedule and we have placed it aside to see your child. If you must cancel or change your appointment, we require that you contact our office at least 24 hours in advance. This will allow our staff to contact patients on our waiting list and to offer them this appointment time.

If you do not keep your appointment and have not called to cancel or reschedule within the allotted time limits, you will be charged our pay in full missed appointment fee of $25.00.

The only exceptions to this policy are appointments missed due to last minute illness or emergencies. You should note that insurance companies do not reimburse members for such charges.

You will be billed directly for missed appointments. Payments missed appointments is due on or before your next schedule appointment, if you have not paid in advance, you should be prepared to pay this fee at the time you check in for your next appointment.

As a courtesy, our staff will try and call you the working day before your next appointment to help remind you to attend. However, this is a courtesy call only, you are still responsible for remembering your appointment and attending. Not receiving this call or receiving it after the 24-hour time limit does not excuse you of this responsibility.

Pleasure make sure if someone else will be bringing your child to his or her appointment a letter or consent and a phone member where you may be reached if needed. Please also make sure to give them the following instructions:

- **For patients that are having treatment with sedation they need to be on an empty stomach for 6 hours**
- **For patients that are having treatment with Nitrous Oxide they need to be on an empty stomach for 4 hours**
- **There will be a $25 charge if instructions are not followed**

Thank you for taking the time to review our missed appointment policies. We hope making them very clear will eliminate any possible misunderstanding if they need to be applied during your dental visit. By signing below, you are indicating that you have read, understood and agree to these conditions.

Date	Print Name	Signature

Politica de Citas

Queremos que la experiencia dental de su hijo/a sea positivo y útil en todos los sentidos. Las visitas al dentista son más eficaces cuando las citas se mantienen consistentes.

Cuando programe su cita, se ha reservado esta fecha para ver a su hijo/a. Si tiene que cancelar o cambiar su cita, es necesario que se ponga en contacto con nuestra oficina al menos 24 horas de antes de la cita. Esto permitirá que nuestro personal pueda contactar a otros pacientes en lista de espera y les ofrescan su cita.

Si usted no mantiene su cita y no ha llamado para cancelar o reprogramar dentro de los límites de tiempo asignados, se le cobrará la cuota por la cita perdida total de $ 25.00 dólares.

Las únicas excepciones a esta política son citas perdidas por enfermedad o emergencias de última hora. Debe tener en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan los miembros de tales cargas.

Se le facturara directamente por las citas perdidas. Los pagos de las citas perdidas se debe realizar antes de su próxima cita, si no se ha pagado por adelantado, usted debe estar preparado para pagar este cargo en el momento del registro de entrada para su próxima cita.

Como cortesía, nuestro personal tratará de llamar antes de su próxima cita para ayudar a recordarle la cita. Sin embargo, esta es una visita de cortesía solamente, usted sigue siendo responsable de recordar su cita y asistir. No recibir esta llamada o que lo recibe después del plazo de 24 horas no es excusa de esta responsabilidad.

Por favor asegureze que si alguien mas traera su hijo/a se necesitara una carta de consentimiento y un numero de teléfono donde usted puede ser alcanzado si es necesario. Por favor, asegúrese de darles las siguientes instrucciones:

- **Para los pacientes que están teniendo un tratamiento con sedación, necesitan estar en ayunas por 6 horas**
- **Para los pacientes que están teniendo el tratamiento con óxido nitroso necesitan estar en ayunas por 4 horas**
- **Habrá un cargo de $ 25 si no se sigue las instrucciones**

Gracias por tomarse el tiempo para revisar nuestras políticas. Esperamos que se le haga muy clara para eliminar cualquier posible malentendido si se deben aplicar durante su visita al dentista. Al firmar a continuación, usted está indicando que ha leído, entendido y aceptado estas condiciones.

Fecha	Nombre	Firma

Información en español al reverso

Informed Consent

I authorize my insurance company to pay our office all insurance benefits otherwise payable to me for my services rendered. I authorize the use of this signature on all insurance submissions. I authorize the release of health information identifying my child (including if applicable, information about HIV infection or AIDS, information about substance abuse treatment, and information about mental health services) under the following terms and conditions:

1) Patient information related to dental treatment and personal information if responsible party and policy holder required by mu insurance company to get insurance claims processed and paid.

2) Dental insurance company for billing my insurance claims. Any other Medical or Dental professionals for referral purposes to continue dental healthcare and ongoing treatment.

I understand that I am financially responsible for all charges for services rendered whether or not it is not covered by my insurance and that all payments are due when services are rendered.

I understand that obtaining insurance coverage and benefit information is my responsibility and not the responsibility of our dental staff.

I have read and understand the payment policy at The Super Dentists.

Print Patient Name: _____

Name of Responsible Party: _____

Responsible Party Signature:_____

Date: _____

For more information, please visit www.TheSuperDentists.com

Consentimiento Informado

Autorizo a mi compañía de seguros pagar nuestra oficina todos los beneficios de seguro de otro modo se me pagara a mi por los servicios prestados. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. Autorizo la distribucion de información de salud identificar mi hijo (incluyendo en su caso, información sobre la infección por VIH o SIDA, información sobre el tratamiento del abuso de sustancias, y la información sobre los servicios de salud mental), bajo los siguientes términos y condiciones:

1) La información del paciente en relación con el tratamiento dental y la información personal si el partido responsable y titular de la póliza requerida por la compañía de seguros para obtener reclamaciones de seguros procesados y pagados.

2) La compañía de seguros dental para la facturación de mis reclamaciones de seguros. Cualquier otro profesional médico o dental para los propósitos de referencia para seguir la salud dental y tratamiento en curso.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados si no están cubiertos por mi seguro y que todos los pagos se deben hacer cuando se hacen los servicios.

Yo entiendo que la obtención de la cobertura de seguro e información de beneficios es mi responsabilidad y no la responsabilidad de nuestro personal dental.

He leído y entendido la política de pago en El Super Dentistas.

Nombre del paciente: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Firma Party Responsable: _____

Fecha: _____

Para más información, visita www.TheSuperDentists.com