



# Consentimiento para tratamiento y facturación

Nombre del paciente: Test Test Fecha de nacimiento: 07/05/1935

Gracias por elegir Smiles2Be Pediatric Dentistry como proveedor de atención de salud dental de su hijo. Nuestro objetivo es brindar atención dental superior a su hijo mientras comunicamos los costos con total transparencia. A continuación se muestra nuestra Política financiera, que le solicitamos que lea y firme antes del tratamiento.

Autorizo a que Smiles2Be brinde proporcionar servicios de salud, médicos, dentales, de asesoramiento y educación y cualquier tratamiento relacionado con estos servicios a mi persona o al menor de edad mencionado anteriormente.

Smiles2Be decidirá, a su exclusiva discreción, qué persona (empleado o contratista individual) realizará dicho tratamiento. Entiendo que los servicios y el tratamiento mencionados anteriormente no implican una ciencia exacta y los resultados no siempre se conocen o están garantizados. Entiendo que se pueden realizar las pruebas para detectar enfermedades de transmisión sanguíneas (incluyendo el VIH/SIDA) a un paciente sin consentimiento por escrito separado en el caso de que un empleado o profesional de atención médica de Smiles2Be tenga exposición ocupacional, percutánea, mediante heridas abiertas, membranas mucosas a sangre o fluidos sanguíneos.

Política de pago: El pago vence en el momento en que se presta el servicio. Si participamos con su plan de seguro, cobraremos un monto de coseguro estimado en ese momento.

1. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, American Express y Discover.
2. Es posible que haya financiación de terceros disponible, sujeta a revisión y aprobación.
3. Dependiendo de las necesidades de su hijo, podemos recomendar que el tratamiento se realice en un entorno quirúrgico bajo el cuidado de un anesesiólogo autorizado. Como resultado, es posible que usted incurra en tarifas por parte de la instalación y sus contratistas. Al firmar a continuación, usted reconoce estos costos como separados de Smiles2Be Pediatric Dentistry y asume la responsabilidad por los montos no asegurados.
4. Los saldos que no se paguen en su totalidad dentro de los 90 días están sujetos a un cargo por pago atrasado de \$25.00.

Pacientes Menores:

1. El pago del tratamiento de menores es responsabilidad del adulto que acompaña al niño en el momento del servicio.
2. En el caso de padres divorciados o separados, es su responsabilidad hacer arreglos económicos con la otra parte antes de que llegue su hijo o hija.
3. El padre o tutor que firma este formulario acepta la responsabilidad final de todos los costos asociados con el cuidado de su hijo. Esto incluye tarifas de servicio aplicables, tarifas de cobro y/o tarifas judiciales incurridas en cuentas morosas.

Por el presente documento, doy mi autorización a Smiles2Be para que facturen a cualquier seguro que yo tenga. Por el presente documento, autorizo a mi compañía aseguradora el pago directo al consultorio dental que se menciona arriba por los beneficios dentales que reciba. Entiendo que cualquier estimación del seguro provistas son ESTIMACIONES solamente y no una garantía de pago. Entiendo que soy responsable ante cualquier cantidad que no cubra mi seguro y acepto pagar en un período de 30 días cualquier balance pendiente mío, de mis dependientes y de cualquier otro que esté en mi cuenta.

Entiendo y acepto los términos de la póliza de programación y citas. He revisado la notificación de las prácticas de privacidad. Por el presente documento, autorizo al consultorio dental mencionado anteriormente y a su personal a proporcionar información sobre mi atención médica o dental y tratamiento a mis compañías de seguro dental, administradores de reclamaciones y a consultar a profesionales de atención médica para la administración y pago de mis reclamaciones y coordinación de la atención.

Nombre del padre/la madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el menor de edad: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Fecha: Wednesday, September 18, 2024