Gracias por elegir NC Pediatric Dentistry para el cuidado dental de su niño/hijos.

Los siguientes formularios para pacientes nuevo se pueden imprimir o enviar por correo electrónico a la oficina correspondiente. Si lo envía por correo electrónico, recuerde de guardarlo antes de enviarlo.

Consulte la siguiente lista para obtener la dirección de correo electrónico apropiada para cada oficina:

Anson Pediatric Dentistry- acfpd@ncpediatricdentistry.com
Denver Pediatric Dentistry- dpd@ncpediatricdentistry.com
Locust Pediatric Dentistry- lopd@ncpediatricdentistry.com
Lincolnton Pediatric Dentistry-lpd@ncpediatricdentistry.com
Statesville Pediatric Dentistry- stpd@ncpediatricdentistry.com
Salisbury Pediatric Dentistry- spd@ncpediatricdentistry.com
Cabarrus Pediatric Dentistry- cp@ncpediatricdentistry.com
Caldwell Pediatric Dentistry- ccpd@ncpediatricdentistry.com
Mooresville Pediatric Dentistry- mpd@ncpediatricdentistry.com
Fuquay Pediatric Dentistry – FPD@ncpediatricdentistry.com
Afton Pediatric Dentistry- ADP@ncpediatricdentistry.com

Gracias de nuevo, y te esperamos para poder servirle.

Autorización para la Divulgación de Información de lanzamiento

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

NC Pediatric Dentistry está autorizado a dar información de salud protegida del paciente de la siguiente manera y para las personas identificadas.

☐ Correo de voz	☐ Recordatorio de cita
Entidad a recibir información. Marque cada persona/entidad con derecho a recibir información.	**La información será entregada de la siguiente manera.** Marque la descripción de información que la persona/entidad puede recibir

Otras persona(s) (proveer nombre & número de teléfono)

☐ _____ ☐Información financiera ☐Tratamiento/Plan de tratamiento

☐ _____ ☐Información financiera ☐Tratamiento/Plan de tratamiento

☐ _____ ☐Información financiera ☐Tratamiento/Plan de tratamiento

☐ **Comunicación de correo electrónico-Proveer correo electrónico***

_____

*para que la comunicación por correo electrónico ocurra, por favor aceptar la divulgación abajo.

☐ Información financiera

☐ Plan de Tratamiento

☐ Recordatorio de cita

☐ Notificación de falla de seguridad en los datos

☐ **Comunicación de texto- Proveer numero celular***

_____

*Para que la comunicación por mensaje de texto ocurra, por favor aceptar la divulgación abajo.

☐ Recordatoria de cita

☐Para **comunicación por Correo electrónico y/o texto** yo entiendo que la información no es enviada en forma encriptada y hay riesgo que pueda tener acceso inapropiadamente. Yo todavía opto por recibir comunicación a través correo electrónico y/o texto como seleccionado.

Derechos del Paciente:

- Yo tengo el derecho a revocar esta autorización a cualquier hora.
- Yo puedo inspeccionar o obtener una copia de la información de salud protegida para ser divulgada como describe este documento.
- La revocación no es eficaz en los casos donde la información ya a sido divulgada, pero será efectivo desde el momento del cambio en adelanté.
- Información usada y divulgada como resultado de esta autorización puede ser sujeto para redivulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley del estado o federal.
- Yo tengo el derecho de negar la firma a esta autorización y mi tratamiento no va a estar condicionado a la firma de ese documento.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por el paciente o represéntate personal.

_____Date_____

Firma del Paciente o Represéntate personal

*Descripción de autoridad del represente personal. (Adjuntar documentos necesarios)

_____

Políticas de cita perdida, confirmación y llegada tardía

Nuestra oficina mantiene una política de cancelación de 24 horas en consideración de otros niños/familias que necesitan atención de emergencia debido a la ocurrencia de un accidente dental o dolor. Agradecemos su comprensión, inevitablemente habrá un momento en que su hijo necesite una cita de emergencia o cambie su horario.

Política de cita perdida (ausencia)

Con vigencia inmediata, implementaremos una política de citas perdidas que afecta a TODOS los pacientes que no asisten a sus citas programadas y/o que cancelan una cita con menos de 24 horas de anticipación.

▪ **Primera cita perdida** : el padre/paciente recibirá un aviso electrónico de cita fallida informando de las siguientes estipulaciones

- Las familias ya no se programarán juntas
- Los horarios de citas altamente deseables no estarán disponibles.

Este aviso debe ser firmado y devuelto para poder programar cualquier visita posterior.

▪ **Segunda/Última cita perdida** : el paciente/padre recibirá la carta final despidiendo al paciente de la práctica en el futuro previsible.

▪ Si pierde una cita de especialidad (servicios de láser, PDAA, GA, hospital) sin excusa, ya no se le permitirá programar estos servicios nuevamente con nuestra organización.

Política de confirmación

Se requiere la confirmación de la cita antes de **las 2:00 p. m. del día anterior** a través de nuestro sistema de confirmación de texto o una llamada personal. Si su cita no ha sido confirmada antes de las 2pm, su cita será eliminada de nuestro horario. Su cita se colocará en nuestra columna de trabajo y no se reservará la hora de su cita. Recibirá una notificación por mensaje de texto/llamada cuando se produzca este cambio.

Política de llegada tardía

Los pacientes que lleguen con más de 10 minutos de retraso a una cita programada serán reprogramados y considerados como una cita perdida, sujeto a la política de cita perdida anterior, independientemente de la circunstancia.

Nombre del paciente:_____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Poliza Financiera

Gracias por escogernos como su proveedor de su cuidado dental. Estamos comprometidos a ortorgarle la mas alta calidad de servicio con profesionalismo, compaciόn y de manera oportuna.

Pagos son requiridos el mismo dia por servicios otorgados para pacientes sin seguro. Pagos de la porción estimada o copagos (o el balance completo si su seguro no nos rembolsa directamente) son requiridos para pacientes con seguro el día que el servicio sea otorgado. Planes de pagos estan disponibles y tambien ofrecemos programas de financiamiento otorgados por otra compañia.

Cualquier estimado otorgado por cualquier tratamiento necesitado puede cambiar cuando información adicional es revelada con la examinación y las radiografias. Cuando el paciente este al tanto y nos permita proceder con el tratamiento, el encargado sera responsable por el pago de el tratamiento adicional.

Nuestras oficinas no participan con todos los seguros. Nosotros archivamos los reclamos de seguro como una cortesía a usted. Nuestra oficina necesitara revelar su información personal a su seguro para el rembolso. Los porcentajes de beneficios citados son basados como razonables y usuales los cuales son determinados por su empleador y su seguro.

Su plan de seguro dental es un acuerdo entre su empleador y la compañia de seguro. Cuidado dental es otorgado al paciente, no al el empleaor, o la compañia de seguro. Como resultado usted es responsable por el pago completo de los servicios otorgados en NC Pediatric Dentistry. Nosotros aceptamos asignación de beneficios para venir a nosotros como su proveedor. Sin embargo, cualquier balance que resulte en la negación de un reclamo por su seguro o un desviado de los beneficios estimados permanecera su responsabilidad. Cualquier cuenta por la cual un reclamo ha sido archivado con su seguro y no es pagada en 90 días, puede que sea sometida a otras medidas de cobro, o usted o la persona responsable tendra que saldar la cuenta en su totalidad. Si usted o la persona responsible no responde o no salda la cuenta, la misma sera sometida a otras acciones de cobro definidas a continuación.

Cualquier cuenta que permanezca sin pagar despues de 45 días podria incurrir una cuota de coleccion de $25 y sera entragada a una agencia de cobro. En caso que una cuenta quede delincuente, el paciente/persona encargada es responsable por el saldo de la cuenta en su totalidad y por colección y/o cargo de parte de un abogado.

Hay un cargo de $25 por un cheque devuelto o el maximo permitido por la ley de el estado de Carolina del Norte sera emitido a cualquier cuenta la cual el pago ha sido negado por el banco por fondos insuficientes o por si usted no tiene una cuenta en ese banco.

Nosotros exigimos 24 horas de anticipación para cancelar o programar otra cita. Nuestra poliza para una cita cancelada o perdida esta a continuación: Para pacientes que (1) estan frecuentemente tarde, (2) frecuentemente no vienen a las citas o (3) frecuentemente cancelan la cita el mismo dia que esta programada, seran colocados en una lista para llamar cuando haiga una cancelación o seran despedido de la practica.

Al firmar a continuación usted acepta los terminos de la poliza financiera.

Nombre del Paciente: _____ Firma de Fecha: _____

Padre/Guardian:_____

Recibo de la Notificación de Practicas de Privacidad

POLIZA DE HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability)

HIPAA es una póliza que trata sobre la protección y garantía de privacidad del expediente de el paciente.

Nombre del paciente:

He sido informado/a de las Practicas de Privacidad de la oficina.

Firma: **Fecha:**

Para Personal de la oficina

No pudimos obtener la firma por:

- Ocurrio una emergencia y no fue posible obtener la firma en ese momento.
- Padre o Guardian Legal no quiso formar.
- Una copia fue enviada por correo al igual que el formulario pidiendo ser firmado.
- No nos pudimos comunicar con la persona encargada por:_____ _____
- Otro: _____ _____

Firma: _____Fecha:_____

Consentimiento para el tratamiento de Pacientes

Nombre del paciente:

Yo, _____ papa o tutor doy permiso a las personas nombradas en este formulario para que acompañen a mi hijo/a a su visita. Esto les permite decidir sobre el tratamiento y finanzas en mi ausencia. Entiendo que los formularios deben de ser actualizados cada año. AVISO VERBAL NO SERA PERMITIDO POR LAOFICINA.

La persona que acompañe a su hijo/a de de tener 18 años por lo menos, debe de aparecer en la lista de autorizados y debe de presentar si carnet de identificación.

Pacientes menores de edad (18 años) debed de ser acompañados por una persona adulta que este listada en este formulario.

Para remover a una persona de esta lista, el papa o tutor debe de presentarse en nuestra oficina para poder firmar un formulario nuevo.

Persona/Relacion al paciente:

Persona/Relacion al paciente:

Persona/Relacion al paciente:

Firma: **Fecha:**

I Brush My Teeth Two Times a Day!!

www.NC PEDIATRIC DENTISTRY.com

Personal Care • Smiles to Share

	Morning	Evening	Morning	Evening	Morning	Evening	Morning	Evening
Monday								
Tuesday								
Wednesday								
Thursday								
Friday								
Saturday								
Sunday								

Mooresville Pediatric Dentistry 704-360-8670

Locust Pediatric Dentistry 980-354-8154

Salisbury Pediatric Dentistry 704-637-5506

Anson Pediatric Dentistry 704-695-1588

Statesville Pediatric Dentistry 980-223-2607

Afton Pediatric Dentistry 704-750-8394

Rutherford Pediatric Dentistry 828-375-0050

Denver Pediatric Dentistry Denver North 980-389-6200

Denver Pediatric Dentistry Denver South 704-275-5556

Lincolnton Pediatric Dentistry 980-247-2400

Cabarrus Pediatric Dentistry 704-925-8221

Caldwell Pediatric Dentistry 828-572-7530

Fuquay Pediatric Dentistry 919-375-6823