



Phone: 770.925.3300 | TeboDental.com

ACTUALIZACION DEL REGISTRO E HISTORIA DEL NIÑO(A)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social # _____ Relación al Paciente _____

Fecha _____ Correo Electrónico _____

Números de Teléfono: Número primario _____ Número secundario _____

Dirección _____

Cual es su metodo de comunicacion prefido? Correo electronico Mobil Trabajo Casa Texto

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

No hay ningun cambio en la informacion de mi seguro dental (Salte esta seccion)

Seguro Dental _____ Nombre del principal asegurado _____

Teléfono del Seguro Dental _____ Seguro social del asegurado _____ Fecha del ultimo examen fisico _____

Número de miembro _____

Lista de medicamentos actuales _____

Usted es Hispano o Latino? Si / No

Lenguaje preferido Espanol English

Religion _____ Prefiere no responder/contestar

Cual es su raza? Indo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otras islas del Pacifico Asiatico Negro o Americano Africano Blanco

Por favor indique si su hijo(a) tiene, ha tenido, o padece de alguno de lo siguiente:
 Asma Sangramiento de la nariz Problemas emocionales Dientes manchados
 Alergia al huevo Enfermedad de los riñones/ condiciones Hábitos Orales Alergias Problemas psicológicos
 Alergia a la soya Soplo Condiciones (si alguna, explique) Células cancerosas Desorden epiléptico
 Cirugía del corazón Prematuro de nacimiento Terapia del habla Dientes torcidos
 Que medicamentos actualmente toma? Historial de cirugías - ____ si / ____ no Prematuro al nacer (menos de 34 semanas) Hospitalización
 Prematuro al nacer (menos de 34 semanas)

Familiares Adicionales

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

No hay ningun cambio en la informacion de mi seguro dental (Salte esta seccion)

Seguro Dental _____ Nombre del principal asegurado _____

Teléfono del Seguro Dental _____ Seguro social del asegurado _____ Fecha del ultimo examen fisico _____

Número de miembro _____

Lista de medicamentos actuales _____

Usted es Hispano o Latino? Si / No

Lenguaje preferido Espanol English

Religion _____ Prefiere no responder/contestar

Cual es su raza? Indo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otras islas del Pacifico Asiatico Negro o Americano Africano Blanco

Por favor indique si su hijo(a) tiene, ha tenido, o padece de alguno de lo siguiente:
 Asma Sangramiento de la nariz Problemas emocionales Dientes manchados
 Alergia al huevo Enfermedad de los riñones/ condiciones Hábitos Orales Alergias Problemas psicológicos
 Alergia a la soya Soplo Condiciones (si alguna, explique) Células cancerosas Desorden epiléptico
 Cirugía del corazón Prematuro de nacimiento Terapia del habla Dientes torcidos
 Que medicamentos actualmente toma? Historial de cirugías - ____ si / ____ no Prematuro al nacer (menos de 34 semanas) Hospitalización
 Prematuro al nacer (menos de 34 semanas)

Acuerdo de Pago y Citas



Los términos de este acuerdo se aplican a todas las ubicaciones de Tebo Dental Group ("nosotros", "nuestras oficinas" o palabras a tal efecto), incluyendo Tebo Dentistry for Kids Lilburn, Tebo Dentistry for Teens, Tebo Dentistry for Kids Gainesville, Tebo Dentistry for Kids Dacula and Tebo Dentistry for Kids Peachtree Corners, Tebo Orthodontics Lilburn, Tebo Orthodontics Dacula, Tebo Orthodontics Peachtree Corners y cualquier consultorio dental en el futuro que abramos.

Nuestros Cargos

Usted (el suscrito) acepta pagar todos los cargos relacionados con nuestro tratamiento del paciente mencionado a continuación y acepta los términos y condiciones de este acuerdo. Estos cargos incluyen cualquier interés aplicable y los costos y honorarios de cobro por citas que se rompen o cancelan sin el aviso previo escrito a continuación. Si dos o más personas son responsables de los cargos del paciente, entonces todas las personas responsables son responsables solidariamente por tales cargos.

Reembolsos

Si le corresponde un reembolso, emitiremos el reembolso de la misma forma que lo hizo con su pago original. Por ejemplo, si pagó con tarjeta de crédito, emitiremos un reembolso a la misma tarjeta de crédito. Como otro ejemplo, si pagó con fondos de una cuenta de Acuerdo de ahorro flexible (FSA), emitiremos un reembolso a la misma cuenta FSA. Si no podemos emitir un reembolso en la misma forma que su pago original, emitiremos un reembolso en cualquier forma que escojamos a nuestra discreción razonable.

Citas Perdidas o Canceladas

Si necesita cancelar una cita, notifíquenos al menos un (1) día hábil completo antes de la cita. Por ejemplo, notifíquenos antes de las 9:00 am del viernes para cancelar una cita programada para las 9:00 am del lunes siguiente. Es posible que cobremos \$ 50.00 por cada cita perdida o cancelada si no recibimos la notificación previa requerida. Para cancelar una cita, llámenos y hable con nosotros durante el horario de oficina, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

Se Requiere Pago a la hora de tratamiento

El pago del tratamiento se requiere en su totalidad al momento del tratamiento, a menos que haya hecho otros arreglos de pago con nosotros. Si presentamos un reclamo de seguro para usted, lea la siguiente sección para obtener una explicación de los acuerdos de pago. Si no puede pagar nuestros cargos en su totalidad, consulte a nuestro personal sobre cualquier financiamiento de terceros disponible.

Reclamos de Seguro

Si presentamos un reclamo de seguro para el paciente, deberá pagarnos en el momento del tratamiento, el deducible de seguro esperado y cualquier monto que esperamos que el seguro no cubra. Tratamos de obtener información precisa sobre los beneficios y la cobertura del seguro antes del tratamiento, pero no podemos estar seguros de lo que pagará la compañía de seguros hasta que se presente la reclamación y la compañía de seguros realmente pague la reclamación. No es raro que las compañías de seguros nos brinden información errónea sobre la cobertura o los beneficios. Esto es importante porque debe pagarnos el saldo restante si la compañía de seguros no paga el reclamo por nuestros cargos dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de servicio.

Cheques Devueltos

Cobramos \$ 30.00 por cualquier cheque que se nos devuelva sin pagar. Además, si nos dio un cheque sin fondos en el pasado, no aceptaremos su cheque personal en el futuro como pago por los servicios.

Interes en pago atrasados

Por favor pague todos los cargos a tiempo. Agregamos intereses de 1-1 / 2% por mes a cualquier cargo que no se haya pagado dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de servicio. Esto se aplica a cualquier cargo que la compañía de seguros del paciente no pague a tiempo. Controle el plan de seguro del paciente para asegurarse de que la compañía de seguros pague los cargos del paciente a la brevedad.

Cobro de cuentas vencidas por agencia de cobro o abogado

Si no se paga la cuenta del paciente a su vencimiento y remitimos la cuenta del paciente a una agencia de cobranza o un abogado para su cobro, cobraremos a la cuenta del paciente el monto que debemos pagar a la agencia de cobranza o al abogado para cobrar su cuenta. Las agencias de cobro generalmente cobran una comisión porcentual, que va desde el 30% hasta el 50% del monto total recaudado. Para una comisión del 30%, agregaremos a la cuenta del paciente el 43% de la cantidad de nuestros cargos relacionados con el tratamiento y los intereses devengados para que podamos recuperar nuestros cargos e intereses después de que la agencia de cobranza deduzca su comisión del 30%. Si se recopila una cuenta después del inicio de una demanda por cobro, agregaremos los honorarios y gastos de abogados razonables y los costos judiciales a nuestros cargos e intereses relacionados con el tratamiento, además de la comisión de la agencia de cobro.

Consentimiento a las revelaciones

Si intentamos comunicarnos con usted con respecto al tratamiento o los cargos del paciente y, en su lugar, contactamos con alguien que creemos que está directamente involucrado en la atención del paciente, como su cónyuge, otro miembro de la familia o un amigo cercano, usted da su consentimiento a nuestra divulgación a esa persona de cualquier información que nuestro consultorio considere apropiada respecto al tratamiento o los cargos para el paciente Si el paciente está cubierto por el seguro, usted también da su consentimiento para la divulgación de información relacionada con el tratamiento o los cargos del paciente al titular de la póliza o persona asegurada principalmente por la póliza

X _____

Firma de la persona responsable de los cargos

Fecha Firmada : _____

Nombre del Firmante: _____

Nombre del Paciente: _____

Relacion del firmante con el paciente (si es uno mismo, asi lo indique): _____



Phone: 770.925.3300 | TeboDental.com

Authorization for Caregiver to Act for Parent or Guardian

Child's name: _____ Date of birth: _____

Child's name: _____ Date of birth: _____

Child's name: _____ Date of birth: _____

Child's name: _____ Date of birth: _____

Caregiver's name: _____ Phone: _____

Relationship of caregiver to children: _____

Caregiver S.S. #: _____ D.O.B.: _____ Address: _____

I, the undersigned parent or guardian of the children named above (or child, if just one), entrust the care of the children to the caregiver named above during any present or future visit to any office of Tebo Dental Group. The purpose of this Authorization is to permit the children to receive dental treatment when I cannot be present in person. I understand that only adults (18 or older) may act as caregivers under this Authorization.

The caregiver has the power and authority, on my behalf:

- to receive and disclose all health information, and to make all decisions, related to the dental treatment of the children at any office of Tebo Dental Group;
- to execute in my name any consent to treatment and any other consent or document relating to the exercise of the powers and authorities granted in this Authorization;
- to commit me to pay all charges for dental treatment to which the caregiver consents; and
- to perform any other act necessary or appropriate to the exercise of powers and authorities granted by this Authorization as fully as I could do if present in person.

Every act the caregiver lawfully does pursuant to this Authorization shall be binding on me. I understand that I will be liable for all charges for dental treatment to which the caregiver consents pursuant to this Authorization.

This Authorization shall remain in effect until completion of dental treatment of the child(en) at any office of Tebo Dental Group or until I revoke this Authorization as provided below.

I understand that I have the following rights: I can revoke this Authorization at any time by giving my oral or written revocation to the office of Tebo Dental Group at which my children are being treated. My revocation will not be effective for any disclosures already made or any actions already taken in reliance on this Authorization. Tebo Dental Group may not condition treatment, enrollment in any health plan or eligibility for any benefits on whether or not I sign this Authorization. I am authorizing disclosure of information protected under federal law. This information, once disclosed, may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal law. I have received a copy of this Authorization.

I HAVE READ AND I UNDERSTAND THIS AUTHORIZATION.

✍ _____

Date signed: _____

Signature of parent or guardian

Printed name: _____

Phone: _____