

KAMRAN KASHIRAD, DDS

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Mujer Hombre Menor Soltero(a) Casado(a) # de Seguro Social: _____

Si es estudiante, nombre de la escuela: _____ Grado: _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA (por favor, elegir): Paciente Padre Guardián Esposo(a)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

de Teléfono: _____ # de Celular: _____

de Seguro Social: _____ # de ID estatal: _____

Compañía de Seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID del Seguro: _____ # de Grupo: _____

Empleador: _____ # de Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

(fuera de la familia inmediata)

Nombre: _____ # de Teléfono: _____

Domicilio: _____

CONSENTIMIENTO DEL MENOR

Doy permiso a *Kamran Kashirad, DDS* y al dentista atendente que le provea tratamiento dental a mi hijo(a). Entiendo que puede haber cambios en el tratamiento y doy mi permiso para llevar a cabo el tratamiento necesario. Aseguro que soy el padre y el tutor legal del paciente.

Firma del Padre / Tutor Legal: _____

AUTORIZACION

Con la presente autorizo el pago directo a *Kamran Kashirad, DDS* de los beneficios del seguro. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. Otorgo a *Kamran Kashirad, DDS* el derecho de proveer historial e información al grupo pagadero u otros profesionales médicos.

Firma del Padre / Tutor Legal: _____

INFORMACION

Yo, _____, reconozco que he revisado, leído, y / o recibido copia de la hoja de información sobre Materiales Dentales, fecha 10.17.01.

Firma: _____ Fecha: _____

¿A QUIEN AGRADECEREMOS POR REFERIRLO A NUESTRA OFICINA? _____

Kamran Kashirad DDS

POLIZA FINANCIERA

Gracias por escoger a Kamran Kashirad, DDS como su proveedor de cuidado dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Lo siguiente es un estado de nuestra Poliza Financiera la cual requerimos que usted lea y firma antes de cualquier tratamiento.

Toda persona debe completar la informacion personal y formulario de su seguro dental antes de ver al dentista.

TODO CO-PAGO Y DEDUCIBLE SON COLECTADOS ANTES DEL TRATAMIENTO.

Aceptamos: **CareCredit, Visa, MasterCard, American Express, y Cash (no aceptamos cheques).**

De Su Seguro

Aceptamos asignacion de beneficios de su seguro pero debe entender que su seguro dental es un contrato entre usted, su patron y el seguro. Cuando su seguro reduzca el pago estimado o se niegue a pagar el balance de su cuenta es su responsabilidad. Por favor este consiente que algunos y tal vez todos de los servicios proveidos pueden ser servicios negados por su seguro, o no considerados razonables o necesarios bajo su plan dental.

Precios Comunes y Usuales

Nuestra oficina esta comprometida en proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Por lo tanto, cobramos lo que es usual y comun para nuestra area. Usted es responsable de pago completo aunque su aseguranza determine un costo mas bajo o tratamiento alternativo.

Pacientes Adultos

Pacientes adultos seran responsables de pago completo antes de rendir tratamiento.

Pacientes Menores de Edad

El adulto acompañando al menor y/o los padres (o guardian del menor) son responsables del pago completos antes de rendir tratamiento. Para menores que no son acompañados por un adulto, tratamiento fuera de una emergencia sera negado si el paciente no ha pre-pagado su co-pago con tarjeta de credito o en efectivo.

Citas Perdidas

Nuestra poliza es de cobrar por una visita regular, si el paciente niega cancelar su cita 24 horas antes. Por favor ayudenos a servirle mejor manteniendo y cumpliendo con sus citas, o proveendo un aviso de 48 horas para cambios o cancelaciones.

Interes

Nuestra oficina reserva el derecho de cobrar interes al 18% de acuerdo a la ley estatal.

Colecciones

En el caso que mi cuenta sea transferida a una agencia de coleccion, yo prometo pagar interes sobre esta cuenta, junto con los costos de la agencia de coleccion, y costos razonables del abogado tratando de coleccionar el balance.

Gracias por entender la poliza financiera. Por favor dejenos saber si tiene alguna pregunta.

He leído, entendido y acepto esta poliza financiera.

X _____

Fecha: _____

Firma del Paciente o Persona Responsable

Kamran Kashirad, DDS

Forma de Consentimiento para Tratamiento Dental

(Por favor lealo cuidadosamente y firme al final de la hoja)

DROGAS & MEDICAMENTOS

Yo comprendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas como enrojecimiento de la piel, problemas al pasar alimentos o bebidas, dolor, comezon, vomito y conmocion (cuando la reaccion alergica es muy severa). No maneje o utilice maquinaria pesada mientras este en efecto de narcoticos o analgesicos dentales.

USO DE ANESTESIA DENTAL

Yo comprendo que el uso anestesicos puede causar un aumento en los latidos del corazon, se pueden sentir desmayos, o sentirse debil. Tambien estoy conciente de que hay un riesgo minimo de lastimar un nervio que puede causar, sentir dormido algun diente, labios, lengua que puede durar por un tiempo indefinido.

CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Yo comprendo que durante mi tratamiento dental, puede ocurrir algun cambio, o se pueden añadir procedimientos mientras se trabaja en un diente, ya que se pueden descubrir nuevas condiciones que no fueron descubiertas durante la examinaicon, el mas comun de estos casos es cuando se trabaja con un tratamiento de conducto (root canal), siguiendo de una rutina de procedimientos de restauracion dental. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier cambio o adiciones que sean necesarias.

SEGURO DENTAL

Por favor comprenda que el seguro dental es un contrato entre la aseguranza, empleador y usted. Nosotros ayudaremos en lo que sea posible, sin embargo, usted es responsable por todos los costos dentales que su compañía de seguro no pague o deje de pagar.

ACUERDO ARBITRARIO

Yo comprendo que cualquier problema que se presente por una mala practica medica que puede ser por algun servicio innecesario o algun servicio que se realizo de una manera impropia, negligencia o incompetencia sera sometido a un abitraje como lo prevee la ley de California.

Yo comprendo que la medicina dental no es una ciencia exacta, y que dentistas de buena reputacion no pueden garantizar resultados completamente. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas han sido respondidas con satisfaccion, y doy mi consentimiento para relizar el tratamiento dental.

Firma del Paciente / Guardian

Fecha

