

# Póliza Financiera y Programación de Citas

---

## ¡Bienvenido(a) a la oficina dental de la doctora Karen Torres!

Gracias por escoger a Karen Torres DDS PA para su cuidado dental. Nuestra meta es proveerle a usted y su familia el mejor cuidado dental posible. Lo animamos a hacer preguntas y a estar involucrado(a) en sus decisiones de tratamiento. Esto incluye entender plenamente su plan de tratamiento y también nuestra póliza financiera y póliza de programación de citas.

## Acuerdo Financiero

Se espera que los pacientes paguen por su tratamiento al tiempo en el que se rinda tal. Los pacientes que tienen seguro dental deben pagar el estimado de su copago y deducible al tiempo de la cita. Aceptamos pagos de efectivo, cheque, VISA, MASTERCARD, DISCOVER, o AMEX. También ofrecemos planes de pago y financiamiento mediante CareCredit y SimplePay.

Si haya quedado un balance en la cuenta después de que el seguro dental haya pagado su porción, un estado de cuenta se mandara a la dirección postal del paciente. Se espera que este balance se liquide a no más tardar 30 días después de la fecha de la factura. Un cargo mensual de 1.5% se aplicara a cuentas que no se hayan liquidado en el tiempo apropiado. Si después de 90 días no se ha recibido el pago completo, la cuenta se mandara a una agencia de colecciones.

## Información Relacionada con el Seguro Dental

Como una cortesía para nuestros pacientes con seguro dental nuestra oficina manda los reclamos a la compañía de seguro a ningún costo. Para poder mandar los reclamos necesitamos su tarjeta de seguro dental y/o su número de póliza. Posiblemente necesitemos el número de seguro social de la persona asegurada para verificar beneficios y mandar los reclamos a la compañía de seguro.

Si su seguro dental no ha pagado su reclamo dentro de 90 días, usted tendrá que pagar la cuenta pendiente en la oficina y encargarse personalmente del reembolso del seguro. La persona asegurada tiene mayor poder al lidiar con la compañía dental y el empleador.

## Menores de Edad

El padre, madre, o guardián, tiene que acompañar al menor de edad a cualquier cita dental. Si hay un pago para la cita dental, el padre, madre, o guardián es la persona responsable de hacer el pago.

## Programación de Citas

Para proveerle el mejor cuidado posible y mantener la seguridad suya y de la oficina dental, solamente permitimos que el paciente este dentro del área de tratamiento.

Firma de Paciente/Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para poder acomodar a todos nuestros pacientes, dependemos de la confirmación de sus citas. Puede confirmar mediante correo electrónico, mensaje de texto, o al llamarnos directamente. Si no recibimos confirmación por lo menos 12 horas antes de su cita, reservamos el derecho a mover su cita sin aviso.

**Cambios y Cancelaciones de Citas:** Citas que son canceladas sin anticipación de mínimo 48 horas antes de la cita serán sujetas a una multa de \$50.

**Fallar a Cita Dental:** Citas a las que un paciente no se presenta serán sujetas a una multa de \$75.

**Depósito de Cita:** Un depósito de 25% a 50% del gasto estimado será requerido para cualquier tratamiento mayor y/o extensivo.

### **Póliza de Aparatos Electrónicos**

Es nuestra póliza que los aparatos electrónicos (celulares, tabletas, computadoras portátiles, etc.) no deben de ser usados para tomar fotos, videos, o cualquier otra grabación en las áreas de espera, en las estaciones de paciente al entrar o salir de las citas, y en los pasillos de oficina. Con esta póliza, queremos proteger la privacidad de cada paciente.

---

### **Firma de Acuerdo**

Por favor indique su entendimiento y acuerdo de la póliza financiera y póliza de programación de citas que se ha detallado en las dos páginas previas con su firma. Para la conveniencia de usted y de Karen Torres DDS PA, esta entendido que este copia firmada también incluye a cualquier dependiente suyo que sea un paciente de la oficina.

Nombre de paciente (letra de molde): \_\_\_\_\_

Parte Responsable (escriba nombre si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ¡Queremos Saber de Usted!

---

## Cuestionario de las Encías

Por favor tome un momento para marcar una "X" al lado de cualquier pregunta que le aplique a usted.

- ¿Tiene encías rojas y hinchadas?
- ¿Le sangran las encías o siente dolor al cepillarse o pasarse el hilo dental?
- ¿Tiene dientes que se sienten flojos?
- ¿Padece regularmente de mal aliento?
- ¿Fuma o usa productos de tabaco?
- ¿Padece condiciones como la diabetes, enfermedades cardíacas, o estrés?
- (Mujeres Solamente) ¿Está embarazada?
- ¿Tiene familiares con problemas dentales?
- ¿Se pasa el hilo dental menos de cinco veces a la semana?
- ¿Visita el dentista menos de dos veces al año?

Si marcó una "X" en cualquiera de las preguntas, pudiera llegar a desarrollar enfermedad periodontal. No está solo(a), pues cerca del 80 por ciento de adultos en los Estados Unidos tienen alguna clase de enfermedad periodontal. Otros reportes señalan que la enfermedad periodontal es una de las causas principales de pérdida de dientes en adultos cuando no se recibe tratamiento. Nuestra oficina puede medir su nivel de riesgo para la enfermedad periodontal y recomendar un tratamiento apropiado.

## Evaluación de Sonrisa

¿Hay algo relacionado con la apariencia de sus dientes que le gustaría cambiar? Escoja cualquiera que le interese a usted.

Tono/Color      Forma/Posición      Espacios      Dientes Encimados      Rellenos de color metálico

¿Hay algo de su sonrisa que no le gusta?

---

¿Le gustaría aprender como el tratamiento de fluoruro puede ayudar con la sensibilidad en los dientes y prevención de caries?

SI      NO