

## TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_  
*Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros*

y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

## CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por el presente  
*Nombre del menor/niño*

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Dentista*

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Dentista*