

- **Information De Salud**

Yo acepto que debo dar toda mi information de enfermedades anteriores y mi historia compleata de salud. Information no desclosada medica, trataminetos o alergias pueden enterferir con mi tratamiento dental. Yo entiendo que los guantes latex, antibioticos, anasteticos locales y otros medicamentos pueden causar reactions alergicas. Algunos Antibioticos pueden interferir con cntraceptivos. Epinephrine en anasteticos locales pueden causar que los latidos del corazon se aumneten temporalmente y puede ser peligroso.

- **Rellenos, Coronas, y Endodoncias Inesperadas**

Algunos dientes pueden nesesitar endodoncias despues de un relleno. Rellenos y Coronas es un tratamineto al intento de proteger el nervio del diente, pero en algunas ocaciones es nesesario una endodoncia.

- **Endodocias**

Una endodoncia se ace quando el nervio y la rais del diente no se puede salvar. Estos tratamientos son muy exitosos pero en pokos casos la unica solucion es sacar el diente.

- **Coronas y Carillas de Porcelana, Puentes, y Rasinas Adhesivas**

Todos los tratamientos mencionados son esteticos palsantes, detodos modos pueden quebrase or romperse en el futuro. El paciente es responsable por reparaciones o por reacerlos. Bright Dental Center solamente ase rellenos blancos (resin) no rellenos de plata. Si ay alguna diferencia en cobertura por su seguridad usted es responsable por la diferencia.

- **Infermedad periodantal (encias)**

Quando limpiezas regulares son perdidas or no se ace la limpieza diara de los dientes corectamente la enfermedad periodantal puede suceder. Todo los pacientes nuevos tienes que tomarse radiografias y un examen periodantal tienes que ser echo. Si el paciente tiene enfermedad periodontal va a nesesitar mas tratamiento que una limpieza.

- **Extracciones y Suregia Oral**

Yo entiendo que toda suregia oral y extracciones cargan riesgos, si nesisito una extraction estos riesgos vana ser explicados.

- **Cargos Por Tratamineto Additional o Tratamiento Especial**

Yo entiendo que avenes se requiere tratamiento additional. Yo acepto ser responsable por cargos adicionales. Y si soy referida an un especialista, yo soy responsable por los cargos de ese especialista.

- **Cancellationes y Horario de Cita**

Iniciales: _____

Yo acepto que nesisito dar 24 hrs de aviso poradelante si deseo cancelar mi cita o pagar 35\$ por cada hora de tiempo que tenga reservado. Si llego mas de 15 minutos tarde a mi cita tender la option de aceptar el tiempo que queda de mi cita o pagar los 35\$ por cancelar y reacer otra cita.

- **Cambios en Tratamiento**

El tratamiento puede ser complicado y aunque siempre tratamos de anticipar cambios potenciales a veces el tratamiento cambia en el momento de tratar el diente/encías. En este momento si tratamiento adicional es requerido el paciente va ser notificado antes de comenzar.

- **Familiares en la Area de Tratamiento**

En el area de tratamiento hay espacio limitado. La area de tratamiento no puede tener mas de 2 personas. En ejemplo si el paciente es menor de edad, puede entrar la persona responsable solamente. Nuestra oficina no puede ser responsable por el cuidado de menores por mientras exitamos el tratamiento. Sus servicios requieren la attention completa de la Doctora y su asistente.

- **Polica de Pagos**

Iniciales: _____

Los pagos son requeridos en el tiempo de servicio. Aceptamos la mayoría de tarjetas de credito y por cortesía damos un descuento de 5% a los pacientes que pagan con dinero efectivo o cheques. Este descuento no aplica a los patients que tienen aseguranza dental. **Ay un cargo de 35\$ por cheques sin fondos**, no incluyendo lo que cobra el banco. Tambien ofrecemos la option de financiar a través de la compañía Care Credit para su conveniencia.

- **EN UN CASO QUE LA CUENTA DE MIS SERVICIOS NO SEA PAGADO, YO ACEPTO PAGAR TODOS LOS GASTOS DE COLLECTIONES , INCLUYENDO CARGOS DE ABOGADOS O CORTE. EN ADITIONAL YO ACEPTO PAGAR EL INTERES DE MI CUENTA ASTA PAGAR EL TOTAL, Y RENUNCIANDO A LAS LEYES DE EXCEPCION CONSTITUCIONALES DEL ESTADO DE ALABAMA. YO ENTIENDO QUE UN CARGO 1.5% VA SER PUESTO A CUALQUIER CUENTA PADASA DE 30 DIAS ALMENOS QUE YO AIGA ECHO ARAIGLOS DE PAGOS.**

Firma: _____

Fecha: _____

- **Limitaciones de Aseguransa Dental**

Su aseguransa a veces no cubre todo el tratamiento requerido. Nuestra oficina trate de estimar lo mas cerca de su cobertura posible, pero al fin solamente es un estimado. Siempre trataremos de explicarle su polica lo mas mejor posible y le enviaremos la factura a su seguransa. Usted acepta ser responsable por lo que no cubra su aseguransa. Porfavor tome en cuenta que sus beneficios con su seguransa es un contrato entre usted y esa compañía de aseguransa. Usted acepta ser responsable por lo que no cubra mi aseguransa. Nuestra oficina tiene el derecho de no enviar la factura a su seguransa, y en ese caso usted es completamente responsable por su cuenta.

YO A LEYIDO LA POLICA DE PRIVACIDAD Y ENTIENDO MIS DERECHOS CONTENIDOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD. POR MEDIOS DE MI FIRMA YO LE DOY AUTORIZACION Y MI CONCENTIMIENTO A BRIGHT DENTAL CENTER, LLC DE USAR MI INFORMACION MEDICA Y DENTAL PARA LOS PROPOSITOS DE MI TRATAMIENTO, PAGOS Y OPERATIONS DE CUIDADO DESCRIBIDOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD.

Firma: _____

Fecha: _____