



*All Smiles*  
FAMILY DENTAL, PLLC

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Mi firma abajo de consentimiento para que el dentista y/o empleadas de All Smiles Family Dental, PLLC para llevar a cabo cualquier procedimiento dental necesario.

Firma de Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA ÓXIDO NITROSO**

Doy mi consentimiento para el uso del gas óxido nitroso (aire feliz) según lo considere apropiado el dentista para control de ansiedad para mí o mi hijo durante el tratamiento dental. He sido informado que el óxido nitroso puede hacerme o a mi hijo sentir "hormigueo" o "flotante" y que el óxido nitroso será disipado totalmente del sistema del paciente después de dos o tres minutos de respirar el aire de la habitación. También entiendo, aunque rara vez ocurre, la náusea es un posible efecto adverso del óxido nitroso.

Firma de Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SEGUROS/PAGOS**

Entiendo que si no he asegurado la autorización correspondiente y compilado con los términos de mi plan de beneficios de seguro de lo contrario, puede haber una disminución de mi cobertura o sin cobertura para algunos o todos los servicios que voy a recibir y a ser responsable de todos los servicios no cubiertos; y si no proveo la información sobre el seguro para ser presentada en mi nombre, yo seré financieramente responsable por todos los servicios. **\*LOS COPAGOS SON DEBIDOS A LA HORA DE LA SERVICIO\***

Entiendo que soy responsable por los servicios prestados, independientemente de la responsabilidad de seguro de cobertura o de terceros, cuando se prestan los servicios. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de colección. Un estado de cuenta se enviará cada mes hasta que no haya un saldo de cero "0" en la cuenta. Si el seguro que se haya presentado, por favor permita 4 a 6 semanas para el pago que se reflejarán en el estado de cuenta antes de llamar a la oficina.

Autorización para Liberar Información: Autorizo la publicación de cualquier información médica o cualquier otra información necesaria para procesar reclamos.

Firma de Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**CANCELACIONES**

Cancelación de último minuto, mismo día cancelación y no presentarse a su cita dificultan atender a otros pacientes que están esperando para ser citados. Necesitamos cuarenta y ocho (48) horas de aviso de cancelación antes de la cita si usted es incapaz de mantener esa cita. Después de una cita fallada, ya no podremos ofrecer citas familiares. Después de dos (2) cancelaciones, esta práctica puede decidir poner fin a nuestra relación con usted. Si llega quince (15) minutos tarde a su cita programada, usted necesitará volver a ser una cita.

Firma de Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICA**

He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento en la dirección anteriormente indicada para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones de mis peticiones, pero si usted está de acuerdo que están obligados a acatar esas restricciones.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

5115 Clinton Highway  
Knoxville, TN 37912  
(865)689-7556  
www.knoxsmiles.com