

Dr. María's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

Bienvenidos a la Oficina

En nombre de todo el equipo de Dr. María's East Colonial Dental Group, vamos a darle la bienvenida a nuestra práctica. Agradecemos que nos haya elegido para satisfacer sus necesidades dentales, y confiamos que su experiencia en nuestra oficina para será agradable, profesional y extraordinaria. Ustedes podrán comprobar que somos diferentes de las prácticas dentales. Cuando usted visita nuestra práctica, se encontrará un ambiente único y tranquilo. Nuestro equipo es amable y atento. Todo nuestro tratamiento es diseñado para ser cómodo, para ser de larga duración, y para superar todas sus expectativas. Utilizamos la última tecnología y técnicas de nuestra profesión que tenemos para ofrecer. Nuestra mayor fortaleza radica en la formación avanzada en odontología cosmética y reconstructiva que hemos recibido.

En este Paquete de Bienvenida tenemos varios documentos importantes que nos va ayudar hacer su visita a nuestra oficina agradable. Por favor, lea cada uno con cuidado para que pueda familiarizarse con nuestra filosofía y políticas de la práctica. Estamos disponibles para responder sus preguntas en cualquier momento. Aquí encontrará sus formas de registración que tiene que ser completado antes de su primera cita con nosotros. Visite nuestra página de internet www.eastcolonialdental.com.

Atentamente para una mejor salud dental,

Maria E. Lauzan-Madruga DMD

Dr. Maria's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

En Dr. Maria's Dental Studio, entendemos que su tiempo es muy valioso. Es por ello que nos esforzamos constantemente para hacer que su experiencia sea más agradable que en cualquier otro lugar que ha sido anteriormente. Tratando de satisfacer las necesidades de todos, las necesidades individuales del paciente, y el horario de trabajo puede ser difícil. Hacemos todo lo posible para estar a tiempo, para que nuestros pacientes no tengan que esperar innecesariamente.

Su cita es un compromiso de tiempo entre usted y nuestra oficina. Le pedimos que haga todo lo posible para mantener ese compromiso. Una llamada de recordatorio de cortesía se hace uno a dos días antes de su cita.

Si usted encuentra que usted no puede mantener su cita, necesitamos un mínimo de 48 horas de manera que somos capaces de ayudar a otros pacientes con sus necesidades de atención dental. Si nuestra oficina no es notificada dentro de las 48 horas, usted estará sujeto a un cargo por cancelación de \$45.

Agradecemos su comprensión. Nuestro objetivo en Dr. Maria's Dental Studio es ser su socio en materia de salud y ayudar a usted a la hora de mantener sus dientes para toda la vida.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en cumplir mi obligación como un paciente de Dr. Maria's Dental Studio y estoy de acuerdo con el cargo de cancelación sin avisar las 48 horas anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

Dr. María's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

Consideramos que nuestra relación con usted será de primordial importancia y siempre hacemos nuestras recomendaciones basadas en lo que creemos ser el mejor tratamiento para usted, independientemente de su cobertura de seguros o arreglos financieros. Para su comodidad, ofrecemos varias opciones financieras y damos la bienvenida a sus sugerencias y preguntas.

A) Pago fraccionado

La mitad del total del tratamiento se debe a la preparación, y el segundo pago se debe al día de cementación de las coronas/puentes/veneers.

B) Contrato de pago de tarjeta de crédito

Con su permiso y firma, se cargará a su tarjeta Visa, MasterCard, Discover con el pago escrito en su contrato de pago cada mes. Esto le permite hacer pagos mensuales sin crédito adicional.

C) Pague a medida que vaya

Usted puede elegir pagar su obligación para cada visita con efectivo, cheque o tarjeta de crédito en la visita.

D) Pago por adelantado en su totalidad (para el tratamiento más de \$ 2000)

Un prepagado para tratamiento de \$2000 o más se dará una cortesía de 5% por pagos hechos en su totalidad en efectivo o cheque antes de la primera visita o en su primer tratamiento.

E) Plan CareCredit/CitiHealth (Compañía de financiamiento con intereses diferidos)

Con rápida aprobación por teléfono con la ayuda de CareCredit (Compañía de financiamiento), su pago puede ser mucho menor que las que están disponibles a través de nuestra oficina. CareCredit (Compañía de financiamiento) se especializa exclusivamente en ayudar a los pacientes con mayor casos dental para recibir el tratamiento que desee. CareCredit (Compañía de financiamiento) lleva ajuste de precios y pueden dar plazo de pago hasta 60 meses. No hay multa por pago adelantado. Le ayudaremos ponernos en contacto con ellos desde nuestra oficina.

F) Gradual Plan de Tratamiento

PARA LOS PACIENTES CON UN PRESUPUESTO LIMITADO se puede ser primero el tratamiento de mayor importancia. Aquellos pacientes que no tienen seguro dental o con un presupuesto ajustado todavía se puede completar su trabajo dental durante varias citas sobre varios meses o años.

LAS FORMAS DE PAGO DE LOS SALDOS ADEUDADOS

A fin de facilitar el acceso a la mejor atención médica posible, usted puede elegir cualquiera de los siguientes: Dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover, una orden de dinero, cheques personales, Citi Health o Plan CareCredit (véase más arriba).

Yo entiendo que si me atraso en el pago de mi cuenta, mi cuenta será entregada a una agencia de cobros, y se informará a las agencias de crédito. En el caso de total deuda incobrable, les prometo que voy a pagar los costos de cobro y los honorarios de abogados incurridos para recoger esta cuenta.

Certifico que he leído, entiendo y acepto la política financiera.

Firma: _____ Fecha: _____

Dr. Maria's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

Aquí, en Dr. Maria's Dental Studio, nuestra oficina política en cuanto a la financiación es la siguiente: el tratamiento realizado por los proveedores de la oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación por el costo total del tratamiento propuesto. La vitalidad de la práctica depende de pagos por servicios laborados y es la responsabilidad del paciente/padres de paciente/, o custodio legal para satisfacer el pago para los servicios completado en relación de su tratamiento dental. Arreglos financieros por parte de cada individuo debe determinarse antes de finalizado el tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental sin arreglos financieros, deben ser pagados en el momento que se hacen los servicios. El descuento podrá ser extendido, en la discreción de la administración, de los pagos en su totalidad con dinero en efectivo o money order. (Consulte con una persona dentro la oficina para obtener más detalles.)

Las personas que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales que les proveemos se cobrara directamente al paciente y el mismo es personalmente responsable por el pago de los servicios dentales, independientemente de reembolso del seguro dental. Como cortesía, esta oficina le ayudará preparar y presentar formularios de seguros para los pacientes, así como colaborar en hacer las colecciones de las compañías de seguros. Acreditaremos su cuenta si recibimos el pago de su seguro dental. Sin embargo, este consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que el costo será pagado en todo o en parte por su compañía de seguro. (Por favor tenga en cuenta que el presupuestó que debe pagar está pre-determinado por su empleador y la compañía de seguros. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la cantidad que el plan pagará para su tratamiento o quiere saber que le cubre su plan, si tiene preguntas debe consultar su empleador.) Adicionalmente, puede tener un deducible, un pago compartido, y un máximo anual para considerar. La mayoría de las pólizas cubren lo que ellos consideran un "usual y honorarios habituales." Sin embargo, la compañía de seguros establece estas tarifas, y no siempre son las mismas que se les puede exigir en esta oficina o en cualquier otra oficina. Todos estos factores contribuyen a reducir los beneficios que finalmente vaya a recibir. Haremos todo lo posible para que usted reciba sus beneficios completos dentro de la estructura de su plan de seguro dental.

El cargo por servicio del 2% al mes (24% anual) en relación con cualquier saldo pendiente será cargada en todas las cuentas superior a 60 días a partir de la fecha del servicio, a menos que ya se haya escrito arreglos financieros que ya son acordados y satisfecho. Tengo entendido que el precio estimado de cualquier propuesta de cuidado dental sólo puede ser activo por un período de seis meses a partir de la fecha de diagnóstico y/o el examen. Además, acepto que el plan de tratamiento puede cambiar y/o puede cambiar el diagnóstico una vez se inicia el tratamiento debido a circunstancias imprevistas fuera del control de los proveedores.

En consideración por los servicios profesionales prestados a mí por los proveedores, por la recomendación de los proveedores, o por mi propia petición, estoy de acuerdo en pagar los cargos razonable de dichos servicios a dicho proveedores, o a sus asignado, en el momento que se prestan sus servicios, o en el plazo de cinco (5) días de facturación si el crédito deberá ser extendido. Estoy de acuerdo que los cargos razonables de dichos servicios serán facturados a menos que se opuso a que, por mí, por escrito, dentro del plazo asignado en el pago de los mismos. Estoy de acuerdo que una infracción de cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condición a continuación no constituirá una renuncia a cualquier otro término o condición, y estoy de acuerdo además de pagar todos los gastos y honorarios razonables de los abogados si se adaptan a continuación.

Yo le doy permiso para Dr. Maria's Dental Studio y/ del coordinador financiero de Dr. Maria's Dental Studio para contactar por teléfono en casa o a mi lugar de trabajo a fin de analizar las cuestiones relativas a este formulario. He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago, y acepta su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____

Dr. Maria's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

En Dr. Maria's Dental Studio, creemos que se merece la mejor atención. Es por eso que siempre le presentamos con la mejor solución posible para tratar su situación dental. Cada año ofrecemos excelente atención dental a cientos de personas. Algunos tienen beneficios dentales, pero la mayoría no lo tienen. Si tiene beneficios dentales, ¡felicitaciones! Usted es muy afortunado. Si no lo tiene, tenemos muchas formas de hacer cualquier tipo de cuidado dental asequible para usted. Aquí están algunas cosas importantes que usted debe saber si usted tiene beneficios dentales...

Sus beneficios dentales se basan en un contrato entre el empleador y el empleado empresa de beneficios. Si tiene alguna pregunta con respecto a sus beneficios dentales, póngase en contacto con su empleador o directamente con su seguro.

Beneficios dentales pueden diferir considerablemente de las prestaciones médicas. En 1959, planes dentales tenían un máximo anual de 1.000 dólares. Usted se sorprenderá de saber que hoy el plan de beneficios dentales de promedio tiene un máximo anual de 1.000 dólares. No ha habido un aumento importante en el máximo anual en 50 años. Sin embargo, ha habido un aumento excepcional en su pago. Su seguro nunca fue destinado a ser el único pago para la realización de su cuidado dental. Siempre ha sido la intención de ayudarle con su cuidado dental.

Muchas personas reciben información de sus seguros que los precios son "por encima de lo habitual y el derecho consuetudinario." Una empresa de beneficios dentales determina su nivel de reembolso mediante encuestas, a una zona geográfica y calculan la tarifa mediana, luego determinan que el 80% de la tarifa mediana es habitual. En estas encuestas los seguros incluyen clínicas dentales de descuentos y clínicas administradas, que resulta que han reducido drásticamente los gastos dentales que por lo tanto baja la mediana. Como resultado el médico en la práctica privada, siempre tendrá los precios "más de lo usual y habitual" por indicado de los seguros de beneficios dentales.

Muchos planes dentales les dicen a sus participantes que su seguro les cubre "hasta un 80% o 100 %, pero no se especifican claramente en el plan, el máximo anual, o las limitaciones. Es más realista esperar que su plan les cubrirá entre el 25% y el 40% de los servicios dentales. Recuerde que la cantidad que su seguro reembolsa es determinada por la cantidad que tu empleador ha pagado para ese plan dental. Obtendrá sólo lo que su empleador ha puesto en, menos la compañía de seguros margen de beneficio.

Muchas compañías de beneficios dentales no cubren servicios rutinas y los servicios nuevos dentales.

Firma: _____ Fecha: _____

Dr. Maria's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

Norma de Privacidad HIPAA

Acuerdo de Autorización del Paciente Autorización para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164.508(a))

Yo, _____ (el nombre del paciente), entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina crea y mantiene los documentos médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicación entre profesionales del campo médico que pueden contribuir a mi cuidado médico;
- Una fuente de información de cómo aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado médico tales como determinación de calidad y completa sobre los usos y revelaciones de información.

He sido proporcionado(a) una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que provee una descripción más completa sobre los usos y revelaciones de información.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Información Confidencial Médica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de esta oficina antes de firmar esta autorización. Autorizo la revelación de mi Información Confidencial Médica como será especificado posteriormente para los propósitos y a los grupos indicados por mí.

Norma de Privacidad – Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Información de esta oficina antes de firmar este consentimiento;
- Que esta oficina reserva su derecho de cambiar el aviso y las prácticas, y que si lo solicito enviará una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi Información Confidencial Médica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado médico y que no es requerido por la ley que esta oficina esté de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto hasta el punto que esta oficina ya haya tomado acción, dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Fecha: _____

Regla de Privacidad HIPAA Recibo de Noticia de Práctica de Privacidad Forma de Reconocimiento Escrita

Reconocimiento de Recibo de la Noticia de Práctica de Privacidad (§164.520(a))

Yo, _____ (el nombre del paciente), entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina crea y mantiene los documentos médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado médico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha

Dr. María's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

proporcionado y entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina provee una descripción completa del uso y revelación de mi información médica. Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina antes de firmar esta forma;
- Que esta oficina reserva su derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que enviará una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica, si lo solicito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Fecha: _____

Dr. María's Dental Studio
"Because I Love to see you Smile"

Propósito de Consentimiento: Al firmar este formulario, consentimiento para el uso y divulgación de su información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago, y operaciones de servicios de salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si desea firmar este consentimiento. Nuestro Aviso se ofrece una descripción de nuestro tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud, de los usos y divulgaciones que pueden hacer de su información protegida de la salud, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Le animamos a que lea cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se publicará un aviso sobre Prácticas de Privacidad, que contendrá los cambios. Estos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento en contacto con nuestra oficina al (407) 228-2251 o por correo electrónico a 4401 East Colonial Drive, Suite 108 Orlando FL 32803

Derecho de revocación: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito a la dirección de arriba. Por favor, comprenda que la revocación de la autorización no afectará cualquier acción que tomamos antes de que hayamos recibido su revocación, y que es posible negarse a darle tratamiento o para seguir el tratamiento si usted revocar este consentimiento.

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y estudiar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento estoy dando mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

PATIENT HEALTH HISTORY FORM/HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

In order to help us render the proper dental services to you, would you please kindly answer the following questions? Please note the space provided for remarks for any answers that require clarification or any other information you think we should have. Thank you for your cooperation.

Para poder rendirle el mejor servicio dental, por favor conteste las siguientes preguntas. Favor fijarse en el espacio ofrecido para clarificar o añadir cualquier información que usted crea que nosotros debemos tener. Muchas gracias por su cooperación.

Today's Date (Fecha de hoy): ____/____/____

Last Name (Apellido)		First Name (Primer Nombre)		Middle Initial (Inicial)	SSN (Seguro Social)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Sex (Sexo)	Height (Altura)	Weight (Peso)	Marital Status (Estado Matrimonial)	
Address (Dirección)		Zip Code (Código Postal)		E-mail (Correo Electrónico)	
Home Phone (Teléfono de la Casa)		Cell Phone (Celular)		Work Phone (Teléfono del Trabajo)	
Occupation (Ocupación)	Place of Employment (Lugar de Empleo)			Driver's License (# de Licencia)	
Spouse's Name (Nombre del Esposo/a)	Spouse's Employer (Trabajo del Esposo/a)		Spouse's Work Phone (Teléfono del Trabajo del Esposo/a)		
Dental Insurance (Seguro Dental)	Group # (Numero de Grupo del Seguro)		Subscriber's Name (Nombre del Asegurado)		
Subscriber's Employer (Trabajo del Asegurado)		Subscriber's Date of Birth and SSN (Fecha de Nacimiento y Seguro Social del Asegurado)			
Name of Physician (Nombre de su Médico)				Physician's Phone (Teléfono de su Médico)	
Emergency Contact Name (Nombre de Contacto en Caso de Emergencia)			Emergency Contact Phone (Teléfono del Contacto)		
How did you find out about our office? (Cómo supo de nuestra oficina?) _____					

MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Have you ever been treated for the following (please check all that apply)?

Ha estado bajo tratamiento por las siguientes condiciones (por favor marque lo que aplique)?

- Heart Attack (Ataque al Corazón)
 Heart Murmur (Soplo Cardíaco)
 Pacemaker (Marcapaso)
 Mitral Valve Prolapse (Pralapso de la Válvula Mitral)
 Fainting Spells (Desmayos)
 Convulsions (Convulsiones)
 Epilepsy (Epilepsia)
 Glaucoma (Glaucoma)
 Abnormal Blood Pressure (Presión Sanguínea Alta o Baja)
 Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)
 T.B. (Tuberculosis)
 Emphysema (Enfisema)
 Bronchitis (Bronquitis)
 Asthma (Asma)
 Artificial Joints/Valves (Articulaciones o Válvulas Artificiales)
 Stroke (Derrame Cerebral)
 Cancer/Chemotherapy (Cáncer/Quimioterapia)
 Herpes Fever Blisters (Herpes/Herpes Labial)
 Seizures (Convulsiones)
 Hepatitis (Hepatitis)
 Cirrosis (Cirrosis)
 Jaundice (Ictericia)
 Kidney Disease (Enfermedad de los Riñones)
 Arthritis (Artritis)
 Ulcers (Ulceras)
 Diabetes Type I (Diabetes Tipo I)
 Diabetes Type II (Diabetes Tipo II)
 Anemia (Anemia)
 HIV/AIDS (Sida)
 Leukemia (Leucemia)
 Prolonged Bleeding (Sangrado Prolongado)
 Other (Otro) _____

Are you allergic to? (Es usted alérgico/a a?)
 Penicillin (Penicilina)
 Codeine (Codeína)
 Aspirin (Aspirina)

Local injected anesthetics (Anestesia Local)
 Latex (Látex)
 Other (Otro) _____

Are you pregnant? (Está embarazada?)
 Yes (Si)
 No (No)
 Months (Meses) _____

Are you taking any blood thinners such as Plavix, Coumadin, or Heparin? (Esta usted tomando medicinas anti-coagulantes como Plavix, Coumadin, o Heparin?)
 Yes (Si)
 No (No)

List all current medications (Liste las medicinas que está tomando actualmente): _____

Is there anything of importance in your medical history that has not been asked? (Hay algo que quisiera añadir que no se ha preguntado sobre su historial médico?) _____

DENTAL HEALTH/SALUD DENTAL

Please answer all of the following questions (*Por favor conteste todas las siguientes preguntas*):

- 1) Reason for your visit (*Razón de su visita*) _____
- 2) When was your last dental visit (*Cuándo fue su último examen dental*)? _____
- 3) Have you ever had any serious complications associated with a previous dental treatment? Explain. (*Ha tenido algún problema serio relacionado a algún tratamiento dental previo? Explique.*) _____

- 4) How often do you brush? (*Con qué frecuencia se cepilla los dientes?*) _____
- 5) How often do you floss? (*Con qué frecuencia usa el hilo dental?*) _____
- 6) What texture toothbrush do you use? (*Qué textura de cepillo usa?*)
 Soft (*Suave*) Medium (*Mediano*) Hard (*Duro*) Nylon (*Natural*)
- 7) Do your gums bleed when (*Sangran sus encías al*) Brushing (*Cepillarse*) Flossing (*Pasar el hilo dental*)
- 8) Do you feel discomfort when your teeth come in contact with liquids or foods that are hot, cold, sour or sweet? (*Siente sensación de dolor cuando sus dientes entran en contacto con líquidos o comidas que están calientes, frías, agrias, o dulces?*) Yes (*Si*) No (*No*) Explain (*Explique*) _____
- 9) Do you have dentures, fillings, missing teeth or loose teeth? (*Usted tiene dientes postizos, empastes, le faltan dientes o tiene dientes flojos?*) Yes (*Si*) No (*No*) Explain (*Explique*) _____
- 10) Do your gums feel tender or swollen? (*Sus encías se sienten sensibles o inflamadas?*) Yes (*Si*) No (*No*)
- 11) Do you gag easily? (*Tiene tendencia a asquear fácilmente?*) Yes (*Si*) No (*No*)
- 12) Do you clench or grind your jaw? (*Tiende a apretar o rechinar sus dientes?*) Yes (*Si*) No (*No*)

I am interested in (*Estoy interesado/a en*): Please check all that apply (*Por favor marque lo que aplique*):

- Whiter teeth (*Dientes más blancos*)
- A better smile (*Una mejor sonrisa*)
- Replacing missing teeth (*Reemplazar dientes que faltan*)
- Straightening my teeth (*Enderezar mis dientes*)
- Fixing broken or fractured teeth (*Arreglar dientes fracturados*)
- Healthier gums (*Tener encías más saludables*)
- Extracting wisdom teeth (*Extraer cordales*)
- A better bite (*Una mejor mordida*)
- Eliminating pain/discomfort (*Eliminar dolor/incomodidad*)
- A healthy mouth (*Una boca saludable*)
- Other (*Otro*) _____

Thank you for completing this form. It will enable us to help you more effectively. If you have any questions at any time, please ask us. We are happy to help. Our office is committed to exceeding the standards of infection control mandated by OSHA, the CDC, and the ADA.

Gracias por haber llenado este formulario. Esto nos permitirá ayudarlo más efectivamente. Si tiene alguna pregunta en cualquier momento, por favor déjenoslo saber. Nos dará gusto ayudarlo. Nuestra oficina está dedicada a exceder los estándares para el control de infecciones establecidos por OSHA, el CDC y la ADA.

Consent for treatment/Permiso para tratamiento

This is to certify that I, the undersigned, consent to the performing of dental and oral surgical procedures agreed to be necessary or advisable, including local anesthetic, as indicated. I will assume responsibility for fees associated with dental procedures I agree to.

Certifico que yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que se me atienda con cualquier procedimiento dental o de cirugía que sea necesario o que se me aconseje como necesario, incluyendo el uso de anestesia local. Yo asumiré responsabilidad por cualquier cargo que esté relacionado con este tratamiento dental que yo he acordado.

Patient's Signature (*Firma del Paciente*)

Date (*Fecha*)