



PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Last Name Apellido		First Name Nombre	
Middle Initial Inicial 2do Nombre		Prefix Prefijo ☐ Mr ☐ Ms ☐ Dr	
Primary Phone Number Teléfono Principal () - ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other		Secondary Phone Number Teléfono Secundario () - ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other	
Preferred Name Nombre Preferido		Date of Birth Fecha de Nacimiento	
Email			
Street Address Dirección		Apt/Unit #	Social Security No. Número de Seguro Social - -
City Ciudad		State Estado	Zip Code Zona Postal
Occupation Ocupación			
Marital Status Estado Civil	Preferred Language Idioma Preferido ☐ English ☐ Spanish ☐ Other:		Whom may we thank for referring you? ¿A quién debo agradecer por tu visita?

RESPONSIBLE PARTY (IF NOT 'SELF') REPRESENTANTE LEGAL (SI ES OTRA PERSONA)			
Last Name Apellido		First Name Nombre	
Middle Initial Inicial 2do Nombre		Prefix Prefijo ☐ Mr ☐ Ms ☐ Dr	
Primary Phone Number Teléfono Principal () - ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other		Secondary Phone Number Teléfono Secundario () - ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other	
Preferred Name Nombre Preferido		Date of Birth Fecha de Nacimiento	
Email			
Street Address Dirección ☐ Same as Above Lo Mismo que Arriba		Apt/Unit #	Relation to Patient Relación con el Paciente
City Ciudad		State Estado	Zip Code Zona Postal

INSURANCE INFORMATION INFORMACIÓN DEL SEGURO	
PRIMARY Primario Subscriber Name Nombre del Subscriptor _____ Subscriber ID Número de Identidad del Subscriptor _____ Subscriber D.O.B. Fecha de Nacimiento del Subscriptor _____ Relationship to Subscriber Relación con el Subscriptor: ☐ Self Yo ☐ Spouse Esposo ☐ Child Niño ☐ Other Otro: _____ Employer Name Nombre del Empleado _____ Employer Phone Teléfono del Empleado _____ Insurance Company Compañía de Seguro _____ Insurance Group # Número de Grupo _____ Insurance Phone Teléfono del Seguro _____	SECONDARY Secundario Subscriber Name Nombre del Subscriptor _____ Subscriber ID Número de Identidad del Subscriptor _____ Subscriber D.O.B. Fecha de Nacimiento del Subscriptor _____ Relationship to Subscriber Relación con el Subscriptor: ☐ Self Yo ☐ Spouse Esposo ☐ Child Niño ☐ Other Otro: _____ Employer Name Nombre del Empleado _____ Employer Phone Teléfono del Empleado _____ Insurance Company Compañía de Seguro _____ Insurance Group # Número de Grupo _____ Insurance Phone Teléfono del Seguro _____

MEDICAL HISTORY HISTORIA MÉDICA		
Primary Physician's Name Médico Primario	Physician's Phone Number Teléfono de Médico () -	Date of Last Physical Fecha del Último Examen Físico
Pharmacy Name Nombre de la Farmacia	Pharmacy Phone Number Teléfono de la Farmacia () -	Pharmacy Street Address Dirección de la Farmacia

EMERGENCY CONTACT CONTACTO DE EMERGENCIA		
Last Name Apellido	First Name Nombre	Middle Initial Inicial 2do Nombre
Primary Phone Number Teléfono Principal () - ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other	Secondary Phone Number Teléfono Secundario () - ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Other	Relationship to Patient Relación del Paciente



SMILE FOLK

family & cosmetic dentistry

Patient Registration

Mark 'Yes', 'No', or 'DK' (Don't Know) if you have/had any of the following. Specify where indicated. Marque 'Yes' ('Sí'), 'No', or 'DK' ('No Se') si tiene o ha tenido alguno de los siguientes. Especifique donde se indica.

Yes No DK ALLERGIES ALERGIAS

- ☐ ☐ ☐ Acrylic Acrílico
- ☐ ☐ ☐ Antibiotics Antibióticos: _____
- ☐ ☐ ☐ Aspirin Aspirina
- ☐ ☐ ☐ Barbiturates, sedatives, sleeping pills Barbitúricos, sedantes, pastillas para dormir
- ☐ ☐ ☐ Codeine or other narcotics Codeína u otros narcóticos
- ☐ ☐ ☐ Iodine Yodo
- ☐ ☐ ☐ Latex Látex
- ☐ ☐ ☐ Local Anesthetics Anestésicos locales
- ☐ ☐ ☐ Metals Metales: _____
- ☐ ☐ ☐ Sulfa
- ☐ ☐ ☐ Other allergy Otra alergia: _____

Yes No DK CARDIOVASCULAR

- ☐ ☐ ☐ Heart surgery Cirugía de corazón Type Tipo: _____
Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Stroke/TIA Infarto/AIT Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Heart attack Ataque al corazón Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Angina (chest pains) Dolores en el pecho
- ☐ ☐ ☐ High blood pressure Presión sanguínea alta _____ / _____ mmHg
- ☐ ☐ ☐ Low blood pressure Presión sanguínea baja _____ / _____ mmHg
- ☐ ☐ ☐ High cholesterol Colesterol alto
- ☐ ☐ ☐ Arteriosclerosis Aterosclerosis
- ☐ ☐ ☐ Heart failure Insuficiencia cardíaca
- ☐ ☐ ☐ Irregular heartbeat Latido del corazón irregular: _____
- ☐ ☐ ☐ Pacemaker Marcapasos
- ☐ ☐ ☐ Prosthetic heart valve Válvula cardíaca protésica
- ☐ ☐ ☐ Previous heart infection Infección del corazón previa
- ☐ ☐ ☐ Heart transplant with valve defect Trasplante de corazón con defecto valvular
- ☐ ☐ ☐ Unrepaired/Incompletely repaired cyanotic congenital heart disease (CHD) Enfermedad cardíaca congénita cianótica no reparada/con ruptura incompleta
- ☐ ☐ ☐ Completely repaired CHD Cardiopatía congénita completamente reparada Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Repaired CHD with residual defects Cardiopatía congénita reparada con defectos residuales
- ☐ ☐ ☐ Other heart valve defect Otro defecto de la válvula cardíaca: _____

Yes No DK HEMATOLOGIC HEMATOLÓGICO

- ☐ ☐ ☐ Anemia: _____
- ☐ ☐ ☐ Excessive bleeding/Hemophilia Sangrado excesivo/Hemofilia: _____
- ☐ ☐ ☐ Blood transfusion Transfusión de sangre Date Fecha: _____

Yes No DK RESPIRATORY RESPIRATORIO

- ☐ ☐ ☐ Asthma Asma
- ☐ ☐ ☐ Allergic rhinitis/Hay fever Rinitis alérgica/Fiebre del heno
- ☐ ☐ ☐ Sinus problem Problemas de sinusitis
- ☐ ☐ ☐ COPD/Breathing problems EPOC/Problemas respiratorios
- ☐ ☐ ☐ Sleep apnea Apnea del sueño
- ☐ ☐ ☐ Tuberculosis Tuberculosis Date Fecha: _____

Yes No DK ENDOCRINE ENDOCRINO

- ☐ ☐ ☐ Diabetes Diabetes Type Tipo: _____, HbA1c: _____
- ☐ ☐ ☐ Thyroid condition Condición de tiroides: _____
- ☐ ☐ ☐ Delayed healing Problemas de cicatrización
- ☐ ☐ ☐ HIV/AIDS VIH/SIDA
- ☐ ☐ ☐ Autoimmune disease Enfermedad autoinmune: _____
- ☐ ☐ ☐ Steroid/cortisone therapy Terapia con esteroides/cortisona
(Date Fecha: _____)

Yes No DK MUSCULOSKELETAL MUSCULOSQUELETAL

- ☐ ☐ ☐ Arthritis Artritis
- ☐ ☐ ☐ Total joint replacement Reemplazo total de articulaciones
Joint Articulación: _____ Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Chronic pain Dolor crónico: _____

Yes No DK GASTROINTESTINAL

- ☐ ☐ ☐ Osteoporosis/Osteopenia
- ☐ ☐ ☐ GERD (acid reflux) Reflujo ácido
- ☐ ☐ ☐ Stomach ulcers Úlcera estomacales

Yes No DK RENAL

- ☐ ☐ ☐ Kidney disorder Enfermedad renal: _____
- ☐ ☐ ☐ Dialysis Diálisis

Yes No DK HEPATIC HEPÁTICO

- ☐ ☐ ☐ Liver disease Enfermedad hígado: _____
- ☐ ☐ ☐ Jaundice Ictericia
- ☐ ☐ ☐ Hepatitis type Hepatitis tipo: _____

Yes No DK SKIN PIEL

- ☐ ☐ ☐ Skin rash/Dermatitis Erupción cutánea
- ☐ ☐ ☐ Oral herpes (Cold sores) Herpes labial

Yes No DK EYES/EARS OJOS/OREJAS

- ☐ ☐ ☐ Glaucoma
- ☐ ☐ ☐ Impaired vision Discapacidad visual
- ☐ ☐ ☐ Impaired hearing Discapacidad audición
- ☐ ☐ ☐ Severe headaches/Migraines Dolores de cabeza severos/Migrañas
- ☐ ☐ ☐ Fainting/Dizziness Desmayos/Mareo
- ☐ ☐ ☐ Trigeminal neuralgia Neuralgia del trigémino
- ☐ ☐ ☐ Dementia Demencia: _____
- ☐ ☐ ☐ Developmental disability Retraso del desarrollo

Yes No DK MENTAL HEALTH SALUD MENTAL

- ☐ ☐ ☐ Depression/Anxiety Depresión/Ansiedad
- ☐ ☐ ☐ Eating disorder Desorden alimenticio

Yes No DK REPRODUCTIVE REPRODUCTIVO

- ☐ ☐ ☐ Pregnancy Embarazada # of Weeks # de Semanas: _____
- ☐ ☐ ☐ Nursing Amamantas

Yes No DK OTHER OTRO

- ☐ ☐ ☐ Cancer Cáncer Type Tipo: _____ Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Radiation therapy Radioterapia: Date Fecha: _____
- ☐ ☐ ☐ Chemotherapy Quimioterapia: Date Fecha: _____



SMILEFOLK

family & cosmetic dentistry

Patient Registration

Yes No DK OTHER OTRO

☐ ☐ ☐ Organ transplant Transplante de órgano Organ órgano: _____
Date Fecha: _____

☐ ☐ ☐ Tobacco use Uso de tabaco Type Tipo: _____
Frequency Frecuencia: _____

☐ ☐ ☐ Alcohol use Uso de alcohol Type Tipo: _____
Frequency Frecuencia: _____

☐ ☐ ☐ Controlled substance use Uso sustancia controlada
Type Tipo: _____ Frequency Frecuencia: _____

☐ ☐ ☐ Oral or IV antiresorptive agents for bone treatment (e.g.,
Fosamax, Boniva, Zometa, Aredia) Agentes antirresortivos vía
orales o IV para el tratamiento óseo Date Fecha: _____

☐ ☐ ☐ Has a physician or previous dentist recommended that
you take antibiotics prior to your dental treatment?
¿Le ha recomendado un médico o dentista anterior que tome antibióticos antes
de su tratamiento dental?

Other illness/surgeries/hospitalizations Otro enfermedad/cirugías/hospitalizaciones:

List all current medications/supplements (include OTC, injected, and
herbal) Lista todos los medicamentos/suplementos presente (incluidos los de venta libre, inyectados y
herbales): _____

DENTAL HISTORY HISTORIA DENTAL

Reason for Today's Visit Motivo de la Consulta Hoy

Previous Dentist Dentista Anterior

Date of Last Dental Cleaning Fecha de su Última
Limpieza Dental

Mark 'Yes', 'No', or 'DK' (Don't Know) if you have/had any of the following. Specify where indicated. Marque 'Yes' ('Sí'), 'No', or 'DK' ('No Se') si tiene o ha tenido alguno de los
siguientes. Especifique donde se indica.

Yes No DK

☐ ☐ ☐ Bad breath Mal aliento

☐ ☐ ☐ Dry mouth Resequedad bucal

☐ ☐ ☐ Overactive gag reflex Reflejo nauseoso hiperactivo

☐ ☐ ☐ Food collection between teeth Acumulación de alimento entre los
dientes

☐ ☐ ☐ Sensitive teeth to pressure, cold, heat, sweets Dientes
sensibles a presión, frío, calor y/o dulces

☐ ☐ ☐ Broken teeth/fillings Dientes/restauraciones rotas

☐ ☐ ☐ Loose teeth Dientes flojos

☐ ☐ ☐ Swollen, tender or bleeding gums Encías inflamadas, sensibles o
sangrantes

☐ ☐ ☐ Growth or sores on lips/mouth Áreas de dolor en los labios/la boca

☐ ☐ ☐ Serious injury to head or mouth Lesiones graves en la cabeza o la boca

☐ ☐ ☐ Clicking/popping of the jaw Chasquido o 'click' mandibular

☐ ☐ ☐ Head, neck, ear or jaw pain/aches Dolor de cabeza, cuello, oído o en
la mandíbula

Yes No DK

☐ ☐ ☐ Difficulty chewing Dificultad para masticar

☐ ☐ ☐ Difficulty opening or closing Dificultad para abrir o cerrar

☐ ☐ ☐ Clench or grind teeth Aprietos o rechinas los dientes

☐ ☐ ☐ Bite or chew non-food items Morder o masticar cosas no comestibles

☐ ☐ ☐ Lip, cheek, or tongue biting Mordedura de labios, cachetes o lengua

☐ ☐ ☐ Orthodontic treatment Tratamiento de ortodoncia

☐ ☐ ☐ Periodontal treatment Tratamiento periodontal

☐ ☐ ☐ TMJ/TMD treatment Tratamiento de TMJ/TMD

☐ ☐ ☐ Removable dentures Dentaduras removibles How old are they?
¿Qué edad tienen? _____

☐ ☐ ☐ Nightguard Guardia nocturna

☐ ☐ ☐ Problems with previous dental care Problemas con la atención
dental previa: _____

How often do you brush? ¿Con qué frecuencia se cepilla? _____

How often do you floss? ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

AUTHORIZATION AND RELEASE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Initials
Iniciales

HEALTH HISTORY: I certify that I have read and understand the above questions and that the information given on this form is accurate. I understand the importance of a truthful health history and that my dentist and her team will rely on this information for treating me/my dependent. I acknowledge that my questions, if any, about inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist or any other Smilefolk team members, responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

HISTORIAL DE SALUD: Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud verdadero y que mi dentista y su equipo confiarán en esta información para tratarme a mí o a mi dependiente. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las preguntas expuestas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No haré responsable a mi dentista ni a ningún otro miembro del equipo de Smilefolk, responsable de cualquier acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que pueda haber realizado al completar este formulario.

Initials
Iniciales

GENERAL CONSENT: I hereby give my consent to the dentist to perform an examination and diagnose my/my dependent's condition. I also give my consent for any diagnostic, preventive or basic restorative procedures which may be necessary. I understand that this consent will remain in effect until treatment is terminated either by me or the dentist.

CONSENTIMIENTO GENERAL: Por la presente doy mi consentimiento al dentista para que realice un examen y diagnostique mi condición o de mi dependiente. También doy mi consentimiento para cualquier procedimiento diagnóstico, preventivo o restaurador básico que pueda ser necesario. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que el tratamiento sea finalizado por mí o por el dentista.



Initials
Iniciales

CONSENT TO RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATIONS: I consent to receive HIPAA-compliant electronic communications, such as email and text messages regarding treatment, payment and health care operations. I understand that there is no obligation to receive these electronic communications. Message/data rates may apply, and I may opt-out of receiving electronic communications at any time by contacting the office.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS: Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas que cumplan con HIPAA, como correos electrónicos y mensajes de texto relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Entiendo que no hay obligación de recibir estas comunicaciones electrónicas. Se pueden aplicar tarifas de mensajes/datos, y puedo optar por no recibir comunicaciones electrónicas en cualquier momento comunicándome con la oficina.

Initials
Iniciales

PHOTOGRAPHY/VIDEOGRAPHY: Smilefolk uses extraoral and intraoral photography to enhance diagnosis and treatment planning. These photos will be part of my/my dependent's confidential chart, and may include photos/videos of my/my dependent's full face, profile, teeth, smile, and/or intraoral features before, during, and after treatment. I hereby give my consent to the Smilefolk team to use these photos/videos for diagnosing, treatment planning, educational and marketing purposes. I understand that my/my dependent's personal information, such as name, date of birth, and other identifiers will be kept protected. I hereby waive any right to inspect or approve the final product(s) and advertising copy to which the photographs/videography may be applied. I understand that I/my dependent will not be compensated, financially or otherwise, for the use of these photos/videos, and that I may revoke consent in writing at any time.

FOTOGRAFÍA/VIDEOGRAFÍA: Smilefolk utiliza fotografía extraoral e intraoral para mejorar el diagnóstico y la planificación del tratamiento. Estas fotos serán parte de mi registro médico o de mi dependiente y pueden incluir fotos/videos de la cara completa, perfil, dientes, sonrisa o características intraorales de mi o de mi dependiente antes, durante y después del tratamiento. Por la presente doy mi consentimiento al equipo de Smilefolk para usar estas fotos/videos con fines de diagnóstico, planificación del tratamiento, educación y marketing. Entiendo que mi información personal o la de mis dependientes, como el nombre, la fecha de nacimiento y otros identificadores se mantendrán protegidos. Por la presente, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar los productos finales y la copia publicitaria a la que se pueden aplicar las fotografías/videos. Entiendo que yo o mi dependiente no seremos compensados financieramente ni de otro modo, por el uso de estas fotos/videos, y que puedo revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento.

Name of Patient/Legal Representative
Nombre del Paciente/Representante Legal

Signature of Patient/Legal Representative
Firma del Paciente/Representante Legal

Date Fecha

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

You may refuse to sign this acknowledgment. Puede negarse a firmar esta notificación.

The undersigned acknowledges receipt of a copy of the currently effective Notice of Privacy Practices for Smilefolk, PLLC this _____ day of _____, 20____. A copy of this signed, dated Acknowledgment shall be as effective as the original.

El abajo firmante acusa recibo de una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad para Smilefolk, PLLC el día de hoy _____ del mes _____, 20____. Una copia de este acuse de recibo firmado y fechado será tan efectivo como el original.

Name of Patient/Legal Representative
Nombre del Paciente/Representante Legal

Signature of Patient/Legal Representative
Firma del Paciente/Representante Legal

Date Fecha

Office Use Only As Privacy Official, I attempted to obtain the patient's (or representative's) signature on this Acknowledgment but did not because:

- ☐ It was emergency treatment
- ☐ I could not communicate with the patient
- ☐ The patient refused to sign
- ☐ The patient was unable to sign because _____
- ☐ Other: _____

Signature of Privacy official _____ Date: _____



Smilefolk se compromete a brindarle la mejor atención y el mejor servicio al paciente. Nos gustaría proporcionarle nuestra Política de Financiamiento para que comprenda con claridad nuestras expectativas y para hacerle de su conocimiento que siempre puede sentirse bienvenido a realizar cualquier pregunta que tenga sobre su responsabilidad financiera en el tratamiento propuesto. Es importante para nuestra relación Profesional-Paciente que usted entienda nuestras Políticas de Financiamiento antes de iniciar cualquier servicio.

PAGO DE SERVICIOS

Iniciales

Smilefolk ofrece varias opciones de pago como efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito y CareCredit. Entiendo que para cualquier tratamiento menor de quinientos dólares (\$500), el pago completo se debe realizar en el momento del servicio.

RAYOS X

Iniciales

Entiendo que el dentista puede requerir radiografías actualizadas necesarias para cualquier examen o tratamiento, incluyendo imágenes panorámicas, series de boca completa, imágenes oclusales, de mordida y periapicales. Para tratamientos más completos donde el paciente sea referido, Smilefolk exonerará cualquier pago adicional por estas radiografías siempre y cuando sea paciente de la práctica. En caso de que se soliciten registros de rayos X, Smilefolk se reserva el derecho de cobrar \$100 por estos rayos X además de cualquier otra tarifa y/o saldo pendiente.

SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Iniciales

Entiendo que los registros recopilados durante mis citas son propiedad de Smilefolk, pero están disponibles si los solicito. Entiendo que hay una tarifa de \$25 por la liberación de registros electrónicos encriptados, sin incluir el costo de los rayos X no compensados.

CITAS PERDIDAS

Iniciales

Entiendo que mi cita es exclusivamente un tiempo programado con mi dentista, y que es importante mantener mis citas programadas. Además, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar un aviso con un mínimo de 48 horas de anticipación para cualquier cambio en mi cita. Entiendo que si no proporciono un aviso adecuado de 48 horas, este tiempo se perderá indefinidamente y se aplicará a mi cuenta una tarifa de \$50 por hora de tiempo programado.

RESERVACIÓN DE CITAS

Iniciales

Para las citas programadas de 120 minutos o más de duración, se me solicitará un cargo de reserva no reembolsable de \$100 o un depósito del 10% del costo del tratamiento, el que sea mayor, antes de programar la cita, que posteriormente se aplicará como un crédito al balance de gastos no cubiertos por mi seguro para la cita. Si no me presento a mi cita o no doy la notificación adecuada (48 horas) para cualquier cambio, se perderá la tarifa de reserva.

CHEQUES DEVUELTOS

Iniciales

Entiendo que cualquier cheque devuelto por falta de fondos tendrá un cargo de \$35.

SALDOS PENDENTES

Iniciales

Entiendo que cualquier saldo pendiente en mi cuenta debe pagarse antes de recibir más tratamiento.

Iniciales

Entiendo que después de 60 días, cualquier saldo sin cancelar en mi cuenta incurrirá en una tarifa de facturación de \$15, y que la falta de pago de los montos adeudados a esta oficina resultará en que mi cuenta se coloque en una agencia de cobros. En el caso de que mi cuenta sea derivada a un abogado, acepto pagar todos los honorarios de recaudación y de abogado.



SEGURO DENTAL

Iniciales

Smilefolk proporciona servicios de facturación de seguros como cortesía para los pacientes. Entiendo que mi porción de pago como paciente es estimada y se debe al servicio prestado en el momento. Aunque Smilefolk hace los mejores esfuerzos para obtener su cobertura de seguro, entiendo que mi seguro puede ajustar el pago de estos servicios y que soy el responsable de cualquier costo que no sea pagado o cubierto por el seguro.

Iniciales

Estoy de acuerdo en asignar directamente a Smilefolk los beneficios de la cobertura de mi seguro, si los hubiere, de lo contrario, serían derivados como un balance hacia mí por los servicios prestados. Por la presente autorizo al dentista y al personal de Smilefolk a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. En el caso de que la asignación de beneficios no sea pagadera a Smilefolk, acepto pagar el tratamiento en su totalidad al momento del servicio.

Iniciales

Smilefolk cree que el trabajo dental no solo debe ser funcional, sino que también debe ser de alta calidad y estéticamente agradable. Entiendo que algunas compañías de seguros pueden degradar los materiales restaurativos para incluir materiales metálicos o menos estéticos, y que estos servicios alternativos cubiertos pueden estar disponibles para mí en otras oficinas. Entiendo que al continuar la atención en Smilefolk, solo se colocarán restauraciones estéticas y soy responsable de los aranceles adicionales a cualquier tratamiento alternativo.

REEMBOLSOS

Iniciales

Para el tratamiento que se ha pagado pero que no se ha iniciado, entiendo que puedo solicitar un reembolso parcial o total en cualquier momento si decido no recibir el tratamiento.

Iniciales

Entiendo que los reembolsos completos no se aplican al tratamiento que ya ha comenzado, incluidas las coronas y puentes después de que los dientes hayan sido preparados/modificados. Entiendo que el costo de cualquier trabajo de laboratorio, si corresponde, se deducirá del monto de mi reembolso.

Iniciales

Los reembolsos se emitirán en la forma de pago original, excepto en efectivo, que se reembolsará mediante cheque.

Iniciales

Entiendo que para pagos en efectivo/cheques, Smilefolk deberá confirmar que el pago ha sido aprobado por el banco (lo que puede demorar hasta 15 días hábiles) y emitirá un cheque dentro de los 10 días hábiles.

Iniciales

Entiendo que para la tarjeta de crédito/financiamiento de terceros, Smilefolk emitirá el reembolso a la forma de pago original dentro de 3 días, y que los reembolsos de la tarjeta de crédito pueden demorar hasta 7 días hábiles.

MENORES DE EDAD

Iniciales

Entiendo que el padre o tutor que acompaña a mi hijo a su cita es responsable del pago en el momento de los servicios. Smilefolk proporcionará un recibo, y el reembolso se puede ofrecer según sea necesario.

Certifico que he leído y entiendo todas las condiciones de esta Política de Financiamiento.

_____ <i>Firma del Paciente/Representante Legal</i>	_____ <i>Fecha</i>
_____ <i>Nombre del Paciente/Representante Legal</i>	_____ <i>Relación del Representante Legal con el Paciente</i>