



Phone: 770.925.3300 | TeboDental.com

TEBO DENTISTRY FOR KIDS
LILBURN
609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B
LILBURN, GEORGIA 30047

TEBO DENTISTRY FOR TEENS
LILBURN
609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B
LILBURN, GEORGIA 30047

TEBO DENTISTRY FOR KIDS
GAINESVILLE
3535 THOMPSON BRIDGE ROAD
GAINESVILLE, GEORGIA 30506

TEBO DENTISTRY FOR KIDS
DACULA
1152 AUBURN ROAD SUITE 101
DACULA, GEORGIA 30019

ACTUALIZACION DEL REGISTRO E HISTORIA DEL NIÑO(A)

Nombre de Guardian Fecha de Nacimiento Seguro Social # Relación al Paciente

Fecha Correo Electrónico

Números de Teléfono: Número primario Número secundario

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Cual es su metodo de comunicacion prefido? Correo electronico Mobil Trabajo Casa Texto

Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año

No hay ningun cambio en la informacion de mi seguro dental (Salte esta seccion)

Seguro Dental Nombre del principal asegurado

Teléfono del Seguro Dental Seguro social del asegurado Fecha del ultimo examen fisico

Número de miembro

Lista de medicamentos actuales

Usted es Hispano o Latino? Si / No

Cual es su raza?

Lenguaje preferido Espanol English

Indo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otras islas del Pacifico

Religion Prefiere no responder/contestar

Negro o Americano Africano Blanco

Por favor indique si su hijo(a) tiene, ha tenido, o padece de alguno de lo siguiente:

- Asma Sangramiento de la nariz Problemas emocionales Dientes manchados
Alergia al huevo Enfermedad de los riñones/ condiciones Hábitos Orales Alergias Problemas psicológicos
Alergia a la soya Soplo Condiciones (si alguna, explique) Células cancerosas Desorden epiléptico
Cirugía del corazón Prematuro de nacimiento Terapia del habla Dientes torcidos

Que medicamentos actualmente toma?

Historial de cirugías - si / no

Prematuro al nacer (menos de 34 semanas) Prematuro al nacer (menos de 34 semanas)

Ulceras bucales Hospitalización

\*\*Familiares Adicionales\*\*

Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año

No hay ningun cambio en la informacion de mi seguro dental (Salte esta seccion)

Seguro Dental Nombre del principal asegurado

Teléfono del Seguro Dental Seguro social del asegurado Fecha del ultimo examen fisico

Número de miembro

Lista de medicamentos actuales

Usted es Hispano o Latino? Si / No

Cual es su raza?

Lenguaje preferido Espanol English

Indo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otras islas del Pacifico

Religion Prefiere no responder/contestar

Negro o Americano Africano Blanco

Por favor indique si su hijo(a) tiene, ha tenido, o padece de alguno de lo siguiente:

- Asma Sangramiento de la nariz Problemas emocionales Dientes manchados
Alergia al huevo Enfermedad de los riñones/ condiciones Hábitos Orales Alergias Problemas psicológicos
Alergia a la soya Soplo Condiciones (si alguna, explique) Células cancerosas Desorden epiléptico
Cirugía del corazón Prematuro de nacimiento Terapia del habla Dientes torcidos

Que medicamentos actualmente toma?

Historial de cirugías - si / no

Prematuro al nacer (menos de 34 semanas) Prematuro al nacer (menos de 34 semanas)

Ulceras bucales Hospitalización



TEBO DENTISTRY FOR KIDS  
LILBURN

609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B  
LILBURN, GEORGIA 30047  
PHONE: 770-925-3300

TEBO DENTISTRY FOR TEENS  
LILBURN

609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE  
B LILBURN, GEORGIA 30047  
PHONE: 770-925-3300

TEBO DENTISTRY FOR KIDS  
GAINESVILLE

3535 THOMPSON BRIDGE ROAD  
GAINESVILLE, GEORGIA 30506  
PHONE: 770-925-3300

TEBO DENTISTRY FOR KIDS  
DACULA

1152 AUBURN ROAD SUITE 101  
DACULA, GEORGIA 30019  
PHONE: 770-925-3300

### Pólizas De Citas Y Pago

La persona que firma este documento acepta pagar todos los cargos relacionados con el tratamiento del paciente en las oficinas de Tebo Dental Group y acepta los términos y condiciones indicadas a continuación. Si dos o mas personas son responsables por los cargos, todos serán individual y colectivamente responsables de los cargos del paciente.

#### **Citas canceladas o no asistidas**

Si una cita tiene que ser cancelada, por favor notifíquenos al menos 24 horas o 1 día hábil antes de la cita. Citas programadas los lunes deben ser canceladas antes de la hora de la cita programada el viernes anterior o la cita será considerada una cita rota. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Aunque nosotros no cobramos un cargo por las citas canceladas o perdidas, nosotros nos mantenemos firmemente a nuestras políticas de citas perdidas en esfuerzo para ofrecer la mejor experiencia posible a nuestros pacientes que llegan a tiempo a sus citas.

#### **Se requiere el pago al momento de servicio**

Esperemos el pago por sus servicios el mismo día de su cita a menos que usted haya hecho otros arreglos de pago con nosotros. Si nuestra oficina por cortesía, está reclamando el pago de sus servicios dentales a su seguro dental, por favor lea cuidadosamente el siguiente párrafo, el cual se refiere a los reclamos realizados a los seguros dentales. Ofrecemos financiamiento a traves de otras compañías en el caso que el paciente no puede pagar por el tratamiento en su totalidad. Para mas informacion, consulte con uno de nuestros asociados de servicio al cliente.

#### **Reclamo de servicios a su seguro dental**

Si por cortesía estamos realizando el reclamo del pago de sus servicios dentales a su seguro dental, usted es responsable del pago de la porción no cubierta por su seguro dental el día de su cita. Hacemos todo lo posible para reclamar a su seguro dental el pago de los servicios, basados en la información que usted nos ha proporcionado y en la información que su seguro dental nos ofrece en el momento en que verificamos su cobertura y beneficios. A pesar de esto, le informamos, que no podemos asegurar con exactitud la cantidad que su seguro dental emitirá por los servicios proporcionados; es por esto que usted es responsable por cualquier diferencia o balance generado en su cuenta, una vez que su seguro dental haya realizado el pago adecuado. No es fuera de lo normal que las compañías de seguros dentales den información equivocada, pero insistimos en su responsabilidad por cualquier cantidad no cubierta por su seguro dental. Si su compañía de seguro no llega a pagar en 30 días desde el día en que su tratamiento fue realizado, el balance es responsabilidad del paciente en su totalidad.

#### **Cheques de vueltos (sin fondos)**

Le insistimos el tomar todo tipo de precaución para evitar el darnos algún cheque que no tenga fondos en su cuenta bancaria. Por cada cheque de vuelto, le cargaremos \$30.00 a su balance actual. También le informamos, que si en el pasado usted ha tenido historia con nuestra oficina de cualquier cheque devuelto por su banco, no se le aceptaran más cheques personales.

#### **Cargo de intereses en pagos tardíos**

Por favor hágase cargo de su balance a tiempo. Confiamos en su pronto pago y el de su seguro dental. Es por esto que por cualquier balance no cancelado en 30 días, cargamos un interés en tarifa de 1.5% mensualmente. Les recomendamos a nuestros pacientes el entendimiento de sus beneficios dentales y monitorear sus planes dentales para agilizar el pago.

#### **Cargos de colección**

Si tenemos que mandar su cuenta a colección a una agencia o abogado, se le cobrara el monto de los cargos por mandarlo. Estos cargos incluyen la comisión de la agencia y si su cuenta ha sido cancelada después del principio de un litigacion de colección, cargos razonables del costo del abogado y de la corte. Para una cuenta que se ha cancelado antes del principio de un litigacion de colección, agregaríamos 43% al monto principal debido para que la oficina recupere el monto original después de cargos cobrados por la agencia de colección del monto colectado.

#### **Consentimiento para la divulgación sobre el tratamiento o cargos**

Si tratamos de comunicarnos con usted sobre el tratamiento del paciente o los cargos y alcanzamos en vez alguien que creemos está directamente involucrado en el cuidado del paciente, como su esposa(o), otro miembro de la familia, pariente o amigo personal cercano, usted consiente a nuestra divulgación a esa persona de cualquier información que nuestra oficina halle apropiada concerniente al tratamiento o cargos del paciente. Si el paciente tiene seguro dental, usted consiente a la divulgación de información relacionado al tratamiento o cargos del paciente al asegurado o a la persona primordialmente asegurada bajo la póliza.

\_\_\_\_\_

*Firma de persona responsable por los cargos*

Nombre del firmante: \_\_\_\_\_

Fecha Firmada: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación del firmante al paciente (si es sí mismo indíquelo): \_\_\_\_\_

\*Si el firmante no es el paciente y no es el representante persona l(padre / madre, guardián o cualquier otra persona autorizada para actuar de parte del paciente en hacer decisiones concerniente a la asistencia médica), entonces si el paciente es un adulto o el representante personal del paciente debe firmar una Póliza de Citas y Pago separada o una Autorización Para Ser Público Información a una Tercera Persona que se halla en nuestra oficina (las Pólizas de Privacidad), para autorizar las divulgación descrita arriba concerniente al tratamiento o cargos.



Phone: 770.925.3300 | TeboDental.com

TEBO DENTISTRY FOR KIDS  
LILBURN  
609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B  
LILBURN, GEORGIA 30047

TEBO DENTISTRY FOR TEENS  
LILBURN  
609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B  
LILBURN, GEORGIA 30047

TEBO DENTISTRY FOR KIDS  
GAINESVILLE  
3535 THOMPSON BRIDGE ROAD  
GAINESVILLE, GEORGIA 30506

TEBO DENTISTRY FOR KIDS  
DACULA  
1152 AUBURN ROAD SUITE 101  
DACULA, GEORGIA 30019

## Authorization for Caregiver to Act for Parent or Guardian

Child's name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Child's name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Child's name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Child's name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Caregiver's name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Relationship of caregiver to children: \_\_\_\_\_

Caregiver S.S. #: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

I, the undersigned parent or guardian of the children named above (or child, if just one), entrust the care of the children to the caregiver named above during any present or future visit to any office of Tebo Dental Group. The purpose of this Authorization is to permit the children to receive dental treatment when I cannot be present in person. I understand that only adults (18 or older) may act as caregivers under this Authorization.

The caregiver has the power and authority, on my behalf:

- to receive and disclose all health information, and to make all decisions, related to the dental treatment of the children at any office of Tebo Dental Group;
- to execute in my name any consent to treatment and any other consent or document relating to the exercise of the powers and authorities granted in this Authorization;
- to commit me to pay all charges for dental treatment to which the caregiver consents; and
- to perform any other act necessary or appropriate to the exercise of powers and authorities granted by this Authorization as fully as I could do if present in person.

Every act the caregiver lawfully does pursuant to this Authorization shall be binding on me. I understand that I will be liable for all charges for dental treatment to which the caregiver consents pursuant to this Authorization.

This Authorization shall remain in effect until completion of dental treatment of the child(en) at any office of Tebo Dental Group or until I revoke this Authorization as provided below.

I understand that I have the following rights: I can revoke this Authorization at any time by giving my oral or written revocation to the office of Tebo Dental Group at which my children are being treated. My revocation will not be effective for any disclosures already made or any actions already taken in reliance on this Authorization. Tebo Dental Group may not condition treatment, enrollment in any health plan or eligibility for any benefits on whether or not I sign this Authorization. I am authorizing disclosure of information protected under federal law. This information, once disclosed, may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal law. I have received a copy of this Authorization.

I HAVE READ AND I UNDERSTAND THIS AUTHORIZATION.

✕ \_\_\_\_\_

*Signature of parent or guardian*

Date signed: \_\_\_\_\_

Printed name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_