

**PEARLY WHITES DENTAL OFFICE
2200 GRANDE BLVD. SUITE A
RÍO RANCH, NM 87124
505-891-1500**

INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS

**Por favor siga las instrucciones como se señala.
Les dará comodidad y acelerará su recuperación.**

1. No enjuagarse ni escupir el día de la cirugía. No toque el área quirúrgica con su lengua, cepillo dental o con enjuague bucal por lo menos 3 días.
2. Limite su dieta las primeras 48 horas a líquidos y comidas suaves. (No ingiera comida crujiente o que tenga que masticarse) Una dieta sugerida incluye: productos lácteos, sopas, jugos de fruta, pudín, gelatina, huevo y pasta.
3. El día siguiente al procedimiento enjuague su boca suavemente con agua con sal tantas veces como sea posible. (1/2 cucharadita en 8oz de agua tibia)
4. **No** tome bebidas que contengan gas por lo menos 48 horas y absténgase de beber con popote.
5. **No fume** por lo menos en 3 días.
6. Si comienza a rezumar, descanse con su cabeza ligeramente elevada.
7. No haga ejercicio o actividad física extenuante por al menos 3 días, pero continúe con sus actividades diarias.
8. Para el dolor, utilice los medicamentos prescritos exactamente como se indica para el día de la cirugía. Después utilice la medicina para el dolor según lo necesite. No tome bebidas alcohólicas mientras esté medicándose.
9. La medicina para el dolor puede causar sopor. Absténgase de manejar u operar cualquier maquinaria mientras esté medicándose.
10. **Sangrado:** Puede presentarse sangrado después de la cirugía. Notarán que rezuma ligeramente de 8 a 12 horas aproximadamente. Aplicar presión sobre el área operada mordiendo una pieza de gasa o una bolsita de té humedecida disminuirá el sangrado. Si el sangrado persiste por favor llame a Pearly Whites al 505-891-1500.
11. La hinchazón en la cara es normal después de la cirugía oral, pueden ayudar a disminuir la hinchazón aplicando una bolsa con hielo en la parte exterior de su cara del mismo lado de la cirugía, déjese la bolsa con hielo unos 20 minutos y retírela por 10. Continúe así las primeras 4 horas después de la cirugía.
12. Se pueden suturar para ayudar a controlar el sangrado y agilizar la sanación. Se programará una cita para darle seguimiento y quitar las suturas.
13. En caso de emergencia por favor llame a Pearly Whites al 505-891-1500. Deje un mensaje y le regresaremos la llamada tan pronto como sea posible. En caso de alguna emergencia seria, vaya directamente al área de Emergencias más cercana.

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Entiendo que, bajo mi Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad en relación con mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre el múltiple personal de salud que pueda estar involucrado en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros.
- Llevar a cabo operaciones de asistencia sanitaria tales como evaluación de calidad y certificaciones físicas.

He recibido, leído y entendido su *Notificación de Prácticas Privadas* que contienen una más completa descripción de los usos y revelaciones legales de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Notificación de Prácticas Privadas* de vez en cuando y que puedo contactar a la organización en cualquier momento en la dirección arriba mencionada para obtener una copia actual de dicha *Notificación de Prácticas Privadas*.

Entiendo que puedo requerir por escrito que ustedes restrinjan el cómo es usada o revelada mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria. También entiendo que no se les requiere que estén de acuerdo con mis restricciones requeridas, pero si están de acuerdo entonces están obligados a acatar dichas restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PARA USO OFICIAL

Intenté obtener la firma del paciente como acuse de recibo de este Reconocimiento de Notificación de Prácticas Privadas, pero no pude conseguirlo como se documenta a continuación:

Fecha: _____

Iniciales: _____

Razón:

PEARLY WHITES DENTAL CLINIC, INC.

Este es mi consentimiento informado libre y voluntario para que Pearly Whites Dental Hygiene Clinic, Inc. realice lo siguiente: _____

He informado al doctor mi historial médico pasado, y cualquier enfermedad, lesión, tratamiento y medicamentos que estoy tomando actualmente.

Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local como el doctor considere necesario.

Se me ha informado de la necesidad, el beneficio y las alternativas para este procedimiento. Entiendo que los riesgos operatorios incluyen, más no están limitados a:

- Incomodidad post-operatoria
- Hinchazón en el área operada
- Sangrado de duración prolongada
- Hematoma (moretones o decoloración del tejido)
- Infección (alveolo seco) que puede requerir tratamiento adicional
- Fractura de hueso
- Fractura de dientes y/o nervios: la decisión de dejar una pequeña porción de nervio en el maxilar podría requerir cirugía extensiva para quitarla.
- Daño a dientes adyacentes o restauraciones.
- Posibilidad de daño y/o rigidez del cuello y/o músculos faciales
- Malestar en la mandíbula con apertura restringida de la boca por varios días o semanas
- Cambios en la oclusión (mordida)
- Reacción al medicamento
- Complicación en el seno nasal: fístula oroantral (una abertura dentro del seno nasal desde la boca) con extracción del diente maxilar (superior)
- Parestesia (entumecimiento) del labio, la barbilla, la lengua, las encías, las mejillas y/o los dientes del lado operado con la extracción del diente mandibular (inferior). Esto puede persistir por varios días, semanas, o meses, o en casos remotos, de manera permanente.

Declaro que me han sido entregadas y que he entendido las instrucciones post-operatorias.

Se me ha explicado y entiendo que no hay garantía para cualquier resultado y/o cura.

Certifico que he tenido la oportunidad de leer y entender completamente los términos y trabajos dentro del consentimiento arriba mencionado para el procedimiento y la explicación hecha o referente a esto, y que todos los espacios en blanco que requieren respuesta han sido llenados y en las partes que no aplican, si hay alguna, fueron tachadas antes de firmar.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____
(Padre o Tutor para Menores de Edad)

CONSULTORIO DENTAL PEARLY WHITES
FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor lea y escriba sus iniciales en las opciones seleccionadas a continuación. Firme al final

Fecha: _____ Iniciales del Asistente: _____

1. **Procedimientos a Realizar**
Entiendo que se me hará el siguiente trabajo el día de hoy. #’s de Dientes _____
Empaste _____ Coronas _____ Extracciones _____ Endodoncia _____ Otro _____
2. **Drogas y Medicamentos**
Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de tejidos, dolor, picazón, vómito y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)
He informado al doctor de mi alergia a las drogas.
Iniciales _____
3. **Cambios en el Plan de Tratamiento**
Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos por las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes y que no fueron descubiertas durante la revisión, siendo lo más común la terapia de endodoncia seguida de procedimientos de restauración de rutina.
Doy mi permiso al Dentista de hacer cualquier/todo cambio y adiciones como sea necesario.
Iniciales _____
4. **Extracción del Diente**
Se me han explicado alternativas para extraer los dientes (terapia de conducto radicular, coronas, terapia periapical, etc) Yo autorizo al Dentista para que extraiga el siguiente(s) diente(s) _____ y cualquier otro diente necesario por razones que se mencionan en el punto #3. Entiendo que extraer los dientes no siempre erradica la infección presente, y puede ser necesario tratamiento adicional. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de dientes, dolor, hinchazón y propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensación de mis labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período indeterminado (de días a meses) o mandíbula fracturada.
Entiendo que pueda necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, de lo cual el costo es mi responsabilidad.
Iniciales _____
5. **Coronas y Puente (cubiertas)**
Entiendo que no siempre es posible igualar el matiz de los dientes naturales con dientes artificiales. Además entiendo que quizá tenga que usar coronas temporalmente que pudieran zafarse fácilmente. Entiendo que deberé tener precaución para asegurarme de que la(s) corona(s) temporal(es) se mantengan en su lugar hasta que se coloque la corona permanente. Me doy cuenta de que la última oportunidad de hacer cambios en mi corona o puente (incluyendo forma, tamaño y matiz) es antes de la cementación final.
Iniciales _____
6. **Dentaduras Completas, Dentaduras Individuales y Parciales**
Entiendo que las dentaduras completas y parciales son construidas artificialmente de plástico, metal y/o porcelana. Entiendo que pueden surgir problemas mientras se usan estos artefactos tales como holgura, dolor y posible ruptura. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura completa/parcial (forma, tamaño, ajuste, colocación y matiz) se hará en el ensayo con “cera” durante la consulta. Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren realineación aproximadamente de 3 a 12 meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en los pagos iniciales.
Iniciales _____
7. **Tratamiento Endodóncicos (Terapia de Conducto Radicular)**
Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de endodoncia salve mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento y en ocasiones que los instrumentos de endodoncia pueden

romperse dentro del diente, y también puede extenderse a través del diente, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de endodoncia (Apicectomía).

Iniciales _____

8. **Pérdida Periodontal (Tejido y Hueso)**

Entiendo que tengo una condición seria, causando infecciones en la encía y hueso y pérdida del hueso. Entiendo que puede ocurrir la posibilidad de perder mi hueso. Se me han explicado planes de tratamiento alternativo incluyendo la cirugía de encía, extracciones y/o reemplazos. Entiendo que asumir cualquier procedimiento dental puede tener un efecto adverso futuro en mi condición periodontal.

Iniciales _____

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y que los profesionales no pueden garantizar resultados. Reconozco que ninguna garantía o certeza se me ha dado por nadie en relación con el tratamiento dental que he requerido y autorizado para mí o mi hijo(a) menor. He tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el tratamiento dental y todas las preguntas me han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha _____

Por favor ponga el nombre del Paciente/Tutor _____

Información del Paciente

Fecha _____

SS/HIC/ID del Paciente _____

Nombre del Paciente _____

Apellido

Nombre Inicial Media

Dirección _____

E-mail _____

Ciudad _____

Estado _____ Zip Code _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor de Edad

Separado Divorciado Pareja por _____ años

Empresa/Escuela del Paciente _____

Ocupación _____

Dirección de Empresa/Escuela _____

Tel. de Empresa/Escuela (_____) _____

Nombre del Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____

de SS _____

Empresa del Cónyuge _____

¿A quién debemos agradecer por recomendarnos? _____

Seguro Dental

¿Quién es Responsable de la cuenta? _____

Relación con el Paciente _____

Cía. De Seguros _____

de Grupo _____

¿Al paciente lo cubre algún seguro adicional? _____

Nombre del Suscriptor _____

Fecha de Nacimiento _____ # SS _____

Relación con el Paciente _____

Cía. De Seguros _____

de Grupo _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que yo, y/o mi(s) dependiente(s), tienen cobertura de seguro con _____ (Nombre de la Cía. De Seguros) y asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hay, de otro modo pagaderos por mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagados o no por la aseguradora. Autorizo el uso de mi firma en todas las solicitudes a la aseguradora.

El dentista arriba nombrado puede usar mi información de asistencia médica y puede revelar dicha información a la Cía.(s) de Seguro mencionadas y a sus agentes para propósitos de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios de seguro o los beneficios a pagar por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi actual plan de tratamiento sea completado o un año después de la fecha escrita a continuación

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Escriba el nombre del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Fecha Relación con el Paciente

Números de Teléfono

Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Ext _____ Celular (_____) _____

Trabajo cónyuge (_____) _____ Mejor hora y lugar para localizarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A (Especifique a alguien que no viva en una dirección diferente)

Nombre _____ Relación _____

Tel. de Casa (_____) _____ Tel. de Trabajo (_____) _____

Historial Dental

Razón para su visita de hoy _____	Sensación de quemado en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Respira por la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Mastica de un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de boca al cepillar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista anterior _____	Fuma cigarros o puros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trat. Ortodóntico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	La mandíbula truena o hace ruido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en área de oreja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de última visita _____	Boca seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trat. Periodontal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X _____	Se muerde las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Se junta comida en los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque en "Sí" o "No" para indicar si ha sufrido algo de lo siguiente:	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Los dientes rechinan <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Encías hinchaas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor o cansancio de mandíbula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Encías sangrantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se muerde el labio o la mejilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia usa hilo dental _____
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia cepilla sus dientes _____

Registro e Historial Dental

Historial de Salud

Nombre del Doctor _____

Fecha de Última Visita _____

¿Alguna vez ha tomado cualquier grupo de drogas colectivamente nombradas como "fen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

Por favor marque en "sí" o "no" para indicar si ha padecido algo de lo siguiente:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayo o Mareo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvulas Artificiales de corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coyunturas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Salpullido en piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis Tipo ____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal, con extracciones o cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad hematológica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazon en pies/tobillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glándulas de cuello hinchadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones Cardíacas Congénitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumor o crecimiento en cabeza o cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento con Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válv. Mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos, persistente o sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inexplicable pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trat. De Radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Mujeres:

¿Está embarazada? Sí No Fecha de parto _____

¿Está amamantando? Sí No

¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No

Medicaciones

Enliste medicamentos que tome actualmente y el diagnóstico relacionado: _____

Nombre de Farmacia _____

Tel. (____) _____

Aspirina
 Barbitúricos (para dormir)
 Codeína
 Yodo
 Látex

Alergias

Anestesia local
 Penicilina
 Sulfamidas
 Otros _____

Actualizaciones (Para llenar en futuras citas)

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita dental? Sí No

¿Por qué condiciones? _____

¿Está tomando medicamentos nuevos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

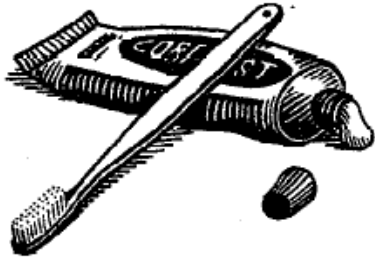
¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita dental? Sí No

¿Por qué condiciones? _____

¿Está tomando medicamentos nuevos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____



PEARLY WHITES DENTAL OFFICE
2200 Grande Blvd. Suite A
Río Ranch, NM 87124
505-891-1500

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Iniciales _____

Como cortesía para nuestros pacientes, Pearly Whites Dental presentará el reclamo inicial a la compañía de seguros proporcionada por el paciente o la parte responsable. La cuenta queda como responsabilidad del paciente o la parte responsable. Una vez que la compañía de seguros sea facturada, Pearly Whites Dental separará la porción estimada de la cuenta de la compañía de seguros por 30 días. La porción del paciente será pagada en el momento del servicio. Si la compañía de seguros no remite el pago dentro de los 30 días, el balance será facturado en su totalidad. Si usted recibiera algún pago de la compañía de seguros por servicios prestados, por favor remita esos pagos a Pearly White Dental inmediatamente. Si los pagos recibidos por Pearly Whites Dental están por encima del balance estimado, será reembolsado de inmediato a usted o a la compañía de seguros, como es apropiado.

Si no hay alguna cobertura de seguro, el pago completo es cargado en el momento del servicio. El Gerente de Créditos debe establecer cualquier otro tipo de arreglo de pago.

Para el **Medicaid**, Pearly Whites Dental facturará todos los servicios directamente. No se espera algún otro pago por parte del paciente más que los co-pagos aplicables. Si los servicios son negados por algún motivo, el paciente será responsable por todo el pago. Por favor note que se requiere prueba de elegibilidad de Medicaid en el momento del servicio. ***Es responsabilidad del paciente únicamente conocer su estado de elegibilidad.***

Asignación de Beneficios de Seguro

Iniciales _____

Por medio de la presente autorizo el pago directo a Pearly Whites Dental por cualquier beneficio de seguro por cualquier otro medio pagadero por mí o a mi nombre por servicios realizados por cualquier dentista de Pearly Whites Dental. Entiendo que mi aseguradora es facturada como una cortesía y yo son financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por esta asignación de beneficios. **Los beneficios de la aseguradora son un contrato entre el paciente y la compañía de seguros y no entre la compañía de seguros y Pearly Whites Dental.**

Autorización para Liberación de Información

Iniciales _____

Autorizo a Pearly Whites Dental a liberar información concerniente a mi cuidado y tratamiento según se requiera a terceros responsables del pago para el propósito de procesar mi reclamo de pago. Autorizo a Pearly Whites Dental a presentar reclamos por beneficios, servicios prestados, o autorizaciones de pre-tratamientos sin obtener mi firma en cada solicitud presentada.

Política de Crédito

Iniciales _____

En el caso de que mi cuenta no sea pagada después de 90 días, entiendo que seré puesto en una agencia de cobranza. Estoy de acuerdo en ser responsable por los gastos de cobranza, gastos de abogado y costos de corte. **Si la cuenta es pasada a una agencia de cobranza, el paciente será descartado de la práctica.**

Firma del Paciente (o Tutor) _____ Fecha _____

Elija una Declaración Individual
 Declaración Conjunta

Declaración Personal Financiera Presentada a IronStone Bank

Desde la Fecha _____

Limpiar Foma

Iniciales
(Candidato/Prestatario)

INFORMACION PERSONAL (Favor de imprimir)

Nombre del Primer Individuo				Nombre del Segundo Individuo			
Dirección de Casa			Años viviendo ahí	Dirección de Casa			Años viviendo ahí
Ciudad, Estado, Código Postal			Fecha de Nacimiento	Ciudad, Estado, Código Postal			Fecha de Nacimiento
No. De Seguro Social		Apellido de Soltera de la madre		No. De Seguro Social		Apellido de Soltera de la madre	
# de Lic de Manejo	Fecha de Exp.	Estado que expidió		# de Lic de Manejo	Fecha de Exp.	Estado que expidió	
Empresa			Años en empresa	Empresa			Años en empresa
Tel. de Casa () ()		Tel. de Trabajo () ()		Tel. de Casa () ()		Tel. de Trabajo () ()	

Seleccione este espacio si está proporcionando una declaración sobre la renta completa del año en curso con todas las listas en lugar de completar la sección "Ingreso Anual" a continuación. Al hacerlo, Ud. Certifica que la información de la declaración es correcta y que IronStone Bank puede confiar en lo establecido abajo. Nota: Debe llenar las Secciones de Gastos Anuales y Pasivos Contingentes.

INGRESO ANUAL Y GASTOS POR AÑO FINALIZADO _____, _____

INGRESO ANUAL BRUTO	Prestatario	Co-prestatario	Conjunto	GASTOS ANUALES	Prestatario	Co-prestatario	Conjunto
Salario, bonos, comisiones				Pago de hipoteca / renta			
Intereses, dividendos				Impuestos y Gravámen de Bienes Raíces			
Ingreso de Bienes Raíces				Impuestos - Federal, Estado y Local			
Otro Ingreso (Lista)**				Intereses principales pagos en éstos			
¿Algún cambio que se espere en los siguientes 12 meses?				Pensión alimenticia, manutención			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es sí, adjunte información)			Totales combinados	Otros gastos (Listelos)			
INGRESO TOTAL				SUBTOTAL DE GASTOS			
** El ingreso por pensión alimenticia, manutención o manutención por separación no necesita ser revelada si no desea que se considere como una base para liquidar este compromiso.				TOTAL COMBINADO			

DECLARACIÓN DE CONDICIONES FINANCIERAS AL _____, _____

ACTIVOS	Prestatario	Co-prestatario	Conjunto	PASIVOS	Prestatario	Co-prestatario	Conjunto
Efectivo (Lista A)				Cuentas por pagar a este Banco			
Depósitos en este banco (Lista A)				Aseguradas			
Depósitos en otros bancos (Lista A)				No aseguradas			
Valores transferibles fácilmente (Lista B)				Cuentas por pagar a otros (Lista G)			
Valores no transferibles fácilmente (Lista C / F)				Aseguradas			
Patrimonio				No aseguradas			
Otras inversiones Bienes Raíces (Lis. D)				Cuentas por pagar (Incl. Tarj. Cam)(Lis. G)			
Valor efectivo de Seg. De Vida (Lista E)				Cuentas de margen			
Plan de pensión, Keogh, rep. de bene-ficios, otras cuentas creadas para retiro				Venc. de cta: Empresa conjunta (Lis. F)			
Ingresos Diferidos (# de años diferidos __)				Impuestos por pagar			
				Deuda de patrimonio			
				Préstamos de Seg. De vida (Lista E)			
				Otros pasivos (listar)			

Autos (Listar)							
Pro. Personal / Otros Activos (Listar)				SUBTOTAL DE PASIVOS			
				TOTAL DE PASIVOS COMBINADO			
SUBTOTAL DE ACTIVOS				VALOR NETO COMBINADO			