

# We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

## Política de Pagos Por Honorarios

### Bienvenido a nuestro consultorio!

Gracias por escoger Charlotte Pediatric Dentistry. Para nosotros es de suma importancia el fomentar una relación con su familia basada en buena comunicación y confianza mutua. La siguiente información describe en detalle nuestra política de pago. Si usted tiene alguna pregunta, haremos todo lo posible por responderla adecuadamente.

### Política de Pagos

Por favor tenga en cuenta que quién trae al niño a nuestro consultorio, sea el padre de familia ó el tutor, este será legalmente responsable por el pago de la cuenta. Nuestra oficina no puede ser involucrada en asuntos de custodia, disputas legales, financieras ó de cualquier otra índole personal de nuestros pacientes. Nuestro consultorio opera basado en honorarios contra servicio y los pagos son requeridos en cada una de las citas. Se hará un cargo de US \$25.00, por cheques devueltos por el banco. Se aceptan tarjetas de crédito como Visa, Master Card, Discover, así como también dinero en efectivo y cheques personales.

Para nuestros pacientes con seguro privado, enviaremos losl reclamo a la compañía de seguros, como una cortesía para usted. Sin embargo, usted debe cubrir un porcentaje del valor del tratamiento al momento de la cita, a menos que obtenga un estimado por escrito de su compañía de seguros, detallando el valor cubierto por su póliza antes del tratamiento. La excepción son las citas para limpieza; nuestra oficina hará el reclamo directamente a su compañía de seguros. Si su primera visita es para emergencia o evaluación, se requiere el pago completo de los servicios, independientemente del cubrimiento que usted tenga con el seguro. Si no hemos recibido pago del seguro a los 30 días después del tratamiento, usted será responsable por el pago de los servicios recibidos. Cuentas pendientes de más de 30 días están sujetas a un cargo financiero de 1.5%. Dado el caso que su cuenta no sea pagada a tiempo, la cuenta será transferida a una Agencia de cobros y usted será responsable por los costos incurridos en el cobro de la cuenta.

Nosotros tenemos la opción de reportar el estatus de su cuenta a cualquier agencia de crédito.

Cualquier póliza de seguro es un contrato entre usted como cliente y su compañía de seguros. Por favor infórmese adecuadamente sobre los beneficios cubiertos por su póliza. Si tiene preguntas respecto a nuestros honorarios, por favor no dude en preguntar por nuestro Coordinador de Cuentas.

### Política de Cancelación de Citas

Como consideración a nuestros pacientes en espera de una cita, se nos ha vuelto necesario hacer un cargo a citas canceladas sin 24-horas de anticipación o a pacientes que no se presentan a las citas. El cargo mínimo será de US \$48.00. Si llama después de las horas de servicio por favor deje un mensaje con la operadora de servicio.

Si cancela o falta a una cita para extenso tratamiento, sin previo aviso, exigiremos el prepago de los servicios para hacer otra cita. Si vemos una alta frecuencia en cancelación ó incumplimiento en las citas, nos veremos obligados a pasar el paciente a la lista de inactivos, lo que nos permitirá dar mayor atención a nuestros pacientes.



David H. Moore, DDS, MS, PA

Specialists in Pediatric  
Dentistry and Orthodontics

## OUR OFFICE LOCATIONS



### Cotswold/Midtown

411 Billingsley Rd.  
Suite 106  
Charlotte, NC 28211  
Tel 704-377-3687  
Fax 704-377-9790

### University

10320 Mallard Creek Rd.  
Suite 150  
Charlotte, NC 28262  
Tel 704-547-8438  
Fax 704-547-9323

### Davidson

130 Harbour Place Dr.  
Suite 180  
Davidson, NC 28036  
Tel 704-896-8100  
Fax 704 896-8787



# We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

Esta Póliza es efectiva desde 01/01/03.



David H. Moore, DDS, MS, PA

Specialists in Pediatric  
Dentistry and Orthodontics

Nombre del paciente

Nombre del responsable legal

Firma del responsable legal

POLIZA DE HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability)

El HIPAA es una póliza que trata sobre la protección y la garantía de privacidad del Record de su niño.

Comuníquese con nuestra oficina:

Contacte nuestro oficial: Joelle Wimberley

Teléfono (704) 377-3687 Fax(704) 377-9790

Dirección:  
411 Billingsley Rd.  
Ste. 106  
Charlotte, NC 28211

Esta información fue publicada y es efectiva en Enero 1, 2003.

Nombre del Paciente

Firma del Padre

Fecha

## OUR OFFICE LOCATIONS



### Cotswold/Midtown

411 Billingsley Rd.  
Suite 106  
Charlotte, NC 28211  
Tel 704-377-3687  
Fax 704-377-9790

### University

10320 Mallard Creek Rd.  
Suite 150  
Charlotte, NC 28262  
Tel 704-547-8438  
Fax 704-547-9323

### Davidson

130 Harbour Place Dr.  
Suite 180  
Davidson, NC 28036  
Tel 704-896-8100  
Fax 704 896-8787



# We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

## Consentimiento para el tratamiento de Pacientes en La Dentistería Pediátrica

Por medio de la presente yo autorizo al Dr. David Moore y a los demás profesionales empleados en la Dentistería Pediátrica, a diagnosticar y proveer otros servicios de tratamiento, incluyendo: anestesia local y general; cuando tales procedimientos sean considerados necesarios ó beneficiosos.

Antes del servicio definitivo, el tratamiento propuesto será presentado y discutido con los padres de familia ó con el adulto responsable del paciente.

Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta cuando yo decida terminarlo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Adulto Responsable

\_\_\_\_\_  
Testigo

Yo doy permiso al personal de la Dentistería Pediátrica de restringir al paciente físicamente si es necesario, con el fin de efectuar el procedimiento en forma segura. Yo entiendo que este consentimiento está en vigencia hasta cuando yo lo cancele.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Adulto Responsable

\_\_\_\_\_  
Testigo



David H. Moore, DDS, MS, PA

Specialists in Pediatric  
Dentistry and Orthodontics

## OUR OFFICE LOCATIONS



### Cotswold/Midtown

411 Billingsley Rd.  
Suite 106  
Charlotte, NC 28211  
Tel 704-377-3687  
Fax 704-377-9790

### University

10320 Mallard Creek Rd.  
Suite 150  
Charlotte, NC 28262  
Tel 704-547-8438  
Fax 704-547-9323

### Davidson

130 Harbour Place Dr.  
Suite 180  
Davidson, NC 28036  
Tel 704-896-8100  
Fax 704 896-8787



# We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

## Información del Paciente

Nombre Completo del niño \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección de la Casa del Niño: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Pasatiempos del niño \_\_\_\_\_  
Hermanos (Nombre y edad) \_\_\_\_\_  
Hermanas (Nombre y edad) \_\_\_\_\_  
Pediatra del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de la Última visita: \_\_\_\_\_

## Información del Padre/Guardian

Ocupación del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Ocupación de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del Responsable por la Cuenta: \_\_\_\_\_ S.S #: \_\_\_\_\_  
Dirección (Sí es diferente de la anterior) \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Cómo supo de nuestra oficina? : \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia- amigo o familiar que no viva con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Dental

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Día de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
S.S. # \_\_\_\_\_

*Entiendo que soy responsable de los cargos por el tratamiento y materiales no cubiertos por mi seguro dental, a menos que la practica tenga un contrato directo con mi plan prohibiendo el cobro total o parcial de dichos cargos. En el limite de la ley, yo autorizo que se de información en relación con los pagos del seguro.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo que los pagos de los beneficios dentales que en general serian pagados a mi directamente, sean hechos a David H. Moore, DDS, MS, PA.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Fecha: \_\_\_\_\_



David H. Moore, DDS, MS, PA

Specialists in Pediatric  
Dentistry and Orthodontics

## OUR OFFICE LOCATIONS



### Cotswold/Midtown

411 Billingsley Rd.  
Suite 106  
Charlotte, NC 28211  
Tel 704-377-3687  
Fax 704-377-9790

### University

10320 Mallard Creek Rd.  
Suite 150  
Charlotte, NC 28262  
Tel 704-547-8438  
Fax 704-547-9323

### Davidson

130 Harbour Place Dr.  
Suite 180  
Davidson, NC 28036  
Tel 704-896-8100  
Fax 704 896-8787



# We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

## Historia Medica

Por favor indique con SI o NO si su niño tiene o ha tenido alguno de estos problemas de salud.

\_\_\_\_\_ Alergias (El latex, las penicilina, huevos, frutos secos, alimentos, polvo, medicinas, desconocidas)

Liste \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fiebre reumatica/Enfermedad reumatica de corazon

\_\_\_\_\_ Enfermad Coronaria Congénita ó Murmullo de Corazón

Necesita Premedicación? \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

Telefono de la farmacia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Asma ó Fiebre de Heno (Indique cual)

Liste la medicación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Artritis ó reumatismo (Dolor, Articulaciones Hinchadas)

\_\_\_\_\_ Convulsiones, Ataques, desmayos ó Epilepsia

\_\_\_\_\_ Anemia ó Problemas de Sangre

\_\_\_\_\_ Trastornos de Lenguaje, o de aprendizaje

\_\_\_\_\_ Precion baja/alta

\_\_\_\_\_ Accidentes recientes

\_\_\_\_\_ Enfermedades Infantiles

\_\_\_\_\_ Transfusiones de Sangre

\_\_\_\_\_ Problema de Riñon ó Vejiga

\_\_\_\_\_ Tuberculosis o Neumonia

\_\_\_\_\_ Sangrado prolongado/Moretones

\_\_\_\_\_ Problemas Glandulares u hormonales

\_\_\_\_\_ Diabetes/ Problemas de Azúcar en la sangre

\_\_\_\_\_ Problemas de Hgado, Ictericia, Hepatitis

\_\_\_\_\_ Infecciones Severas ó Accidentes

\_\_\_\_\_ Problemas psicologicos o emocionales

\_\_\_\_\_ Sirugias Recientes/Pendientes



David H. Moore, DDS, MS, PA

Specialists in Pediatric  
Dentistry and Orthodontics

So hijo tiene alguna necesidad especial a circuntancicis especiales? (Es decir, el autismo, palsey celecral, sindrom de down):

\_\_\_\_\_

Estan las Inmunizaciones de su niño al corriente?

Yes

No

## Historia Dental

Fecha de la ultima visita dental \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_

Tiene records (incluyendo rayos x) de otra oficina dental Yes No

Su niño se ha quejado de algun problema dental? \_\_\_\_\_

Alguna herida o sirugia en la boca, dientes o cabeza? Yes No

Por favor explique \_\_\_\_\_

Su niño todavia toma biberon o taza de entrenamiento? Yes No

Su niño se cepilla los dientes diariamente? Yes No Cuantas veces al dia? \_\_\_\_\_

Ayuda a su niño a cepillarse? Yes No Cuantas veces al dia? \_\_\_\_\_

Usa hilo dental? Yes No



## OUR OFFICE LOCATIONS



### Cotswold/Midtown

411 Billingsley Rd.  
Suite 106  
Charlotte, NC 28211  
Tel 704-377-3687  
Fax 704-377-9790

### University

10320 Mallard Creek Rd.  
Suite 150  
Charlotte, NC 28262  
Tel 704-547-8438  
Fax 704-547-9323

### Davidson

130 Harbour Place Dr.  
Suite 180  
Davidson, NC 28036  
Tel 704-896-8100  
Fax 704 896-8787



# We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

Por favor indique con **Si** o **No**, si su niño tiene alguno de estos habitos:

\_\_\_\_\_ Se chupa el pulgar    \_\_\_\_\_ Respira por la boca    \_\_\_\_\_ Pacificador  
\_\_\_\_\_ Muerde sus uñas    \_\_\_\_\_ Chupa sus dedos    \_\_\_\_\_ Rechina sus dientes

Other \_\_\_\_\_

Actitud de su niño al dentista: \_\_\_\_\_

Razon de su visita/ Mayor preocupacion? \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información provista es correcta, y verdadera, Debido a que el Paciente arriba mencionado es menor de edad, es necesario que el padre de familia ó adulto responsable del menor firme el permiso antes de empezar cualquier tratamiento dental. Entiendo que sere responsable por todos los gastos profesionales incurridos por servicios dentales de mi niño. Entiendo que soy responsable por todos los cargos sean o no cubiertos por mi aseguranza. Todo balance pasado después de 30 días después de la presentación de la factura, tendrá un cargo extra de 1.5% por mes.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_



David H. Moore, DDS, MS, PA

Specialists in Pediatric  
Dentistry and Orthodontics

## OUR OFFICE LOCATIONS



### Cotswold/Midtown

411 Billingsley Rd.  
Suite 106  
Charlotte, NC 28211  
Tel 704-377-3687  
Fax 704-377-9790

### University

10320 Mallard Creek Rd.  
Suite 150  
Charlotte, NC 28262  
Tel 704-547-8438  
Fax 704-547-9323

### Davidson

130 Harbour Place Dr.  
Suite 180  
Davidson, NC 28036  
Tel 704-896-8100  
Fax 704 896-8787

