



## WELCOME TO DENTISTRY FOR CHILDREN

Dr. Culberson R. Boren, DDS, PA

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

Welcome to Dentistry for Children and thank you for choosing us for your child's dental care. We are here to provide excellent dental care for your child, while at the same time make each visit a pleasant experience. We strive to make each visit enjoyable so that your child looks forward to coming to our office for future visits. Please read our policies carefully, initialing each one. If you have any questions, please ask any of our front desk associates and they will be glad to help you. / Bienvenido a Dentistry for Children y gracias por elegirnos para el cuidado dental de su hijo. Estamos aquí para ofrecer una excelente atención dental para su hijo, mientras que al mismo tiempo hacer de cada visita una experiencia agradable. Nos esforzamos para que cada visita sea agradable y que su hijo espere regresar a nuestra oficina para futuras visitas. Por favor, lea nuestras políticas cuidadosamente y ponga sus iniciales a cada una. Si tiene alguna duda, consulte a alguno de nuestros empleados de recepción y ellos estarán encantados de ayudarle.

### CONSENT FOR SERVICES / CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

As a consenting adult, and parent/legal guardian, I authorize and give consent for Dentistry for Children to take X-rays, models, photographs, or any other diagnostic aids deemed appropriate by the Doctor to make a thorough diagnosis. I also authorize and give consent for Dentistry for Children to perform any necessary and/or appropriate tasks needed to provide proper examination, diagnosis, and treatment of my child. / Como adulto que consiente, y el padre / tutor legal, autorizo y doy mi consentimiento a Dentistry for Children a tomar las radiografías, modelos, fotografías, o cualquier otras ayudas diagnósticas consideradas apropiadas por el médico para hacer un diagnóstico completo. También autorizo y doy mi consentimiento para Dentistry for Children para llevar a cabo las tareas necesarias y / o apropiadas para proporcionar control adecuado, el diagnóstico y el tratamiento de mi hijo.

Your child's dental care and treatment will be provided by Dr. Culberson R. Boren and/or one of his Associate Dentists, Texas Registered Hygienists, and/or Texas Registered Dental Assistants. / Atención y el tratamiento dental de su niño serán proporcionados por el Dr. R. Culberson Boren y / o uno de sus Dentistas Asociados, Texas Registered higienistas y / o Texas Registered Asistentes Dentales.

### TREATMENT PLAN / PLAN DE TRATAMIENTO

After the initial examination, we will discuss your child's overall oral health and recommended treatment plan with you. We will offer you treatment options when possible and plan treatment to address your child's most urgent needs first. Once your child's treatment is complete, we will monitor their general dental health at their regular hygiene visits every 6 months. / Después del examen inicial, vamos a hablar de la salud bucal general de su hijo y el plan de tratamiento recomendado con usted. Le ofreceremos las opciones de tratamiento cuando sea posible y plan de tratamiento para hacer frente a las necesidades más urgentes de su hijo por primera vez. Una vez que el tratamiento de su hijo se haya completado, vamos a monitorear su salud dental general en su visita de higiene habitual cada 6 meses.

### MINOR CHILD ACCOMPANIMENT / ACOMPAÑAMIENTO DEL MENOR

Parents are welcome to accompany their child to the clinic area during hygiene visits, but we ask that you wait in the waiting area during treatment visits. This allows us to build trust with your child and protect the privacy of our other treatment patients. Studies and experience have shown that most children react more positively when permitted to experience the dental visit on their own and in an environment designed for children. Our goal is to help your child have the most positive experience possible and enjoy coming back. / Los padres pueden acompañar a sus hijos en el área de la clínica durante las visitas de higiene, pero le pedimos que espere en la sala de espera durante las visitas de tratamiento. Esto nos permite construir la confianza con su hijo y proteger la privacidad de nuestros pacientes. Los estudios y la experiencia han demostrado que la mayoría de los niños reaccionan más positivamente cuando se les permite experimentar la visita al dentista por su cuenta y en un ambiente diseñado para los niños. Nuestro objetivo es ayudar a su hijo a tener una experiencia más positiva y disfrutar de volver.

An adult parent or legal guardian must accompany all minor patients (under 18 years of age) and must remain inside the building at all times throughout your child's dental appointment. If an authorized adult other than the parent or legal guardian is present at your child's appointment, it is important that we have documents signed by the parent or legal guardian prior to your child's appointment. / Un padre adulto o tutor legal debe acompañar a todos los pacientes menores de edad (menores de 18 años de edad) y deben permanecer en el interior del edificio en todo momento a lo largo de la cita con el dentista de su hijo. Si un adulto autorizado que no sea el padre o tutor legal está presente en la cita de su hijo, es importante que tengamos los documentos firmados por el padre o tutor legal antes de la cita de su hijo.

### CELL PHONE USE / USO DEL TELÉFONO CELULAR

Due to federal regulations, and to protect the privacy of our patients, cell phone use is prohibited beyond the waiting area. This includes talking, texting, and/or taking photos or videos with your cell phone while accompanying your child in the clinic area. If our staff becomes aware of cell phone use in the clinic area, you will immediately be asked to turn it off. / Debido a las regulaciones federales, y para proteger la privacidad de nuestros pacientes, el uso de celulares está prohibido más allá de la sala de espera. Esto incluye hablar, enviar mensajes de texto, y / o tomar fotos o videos con su teléfono celular mientras acompaña a su hijo en el área clínica. Si nuestro personal tiene conocimiento del uso del teléfono celular en el área clínica, inmediatamente se le pedirá que lo apague.

### PHOTOGRAPHY / FOTOGRAFÍA

Due to federal regulations, and to protect the privacy of our patients, photography and video recording by anyone other than Dentistry for Children staff is PROHIBITED in the clinical area. This includes cameras, cell phones or any other photographic equipment. If you would like a photograph of your child while visiting our office, our staff will be more than happy to either take one for you, or direct you to an area where photographs are permitted and the patient privacy rights of our other patients will not be violated. / Debido a las regulaciones federales, y para proteger la privacidad de nuestros pacientes, la fotografía y la grabación de video por cualquier persona que no sea personal de Dentistry for Children está prohibido en el área clínica. Esto incluye cámaras, teléfonos celulares o cualquier otro equipo fotográfico. Si desea una fotografía de su hijo durante su visita a nuestra oficina, nuestro personal estará más que feliz de tomar una para usted, o dirigirlo a una zona donde se permiten las fotografías y los derechos de privacidad de los otros pacientes no serán violados.

There are times when Dentistry for Children will take photographs and other images to document and assist with your child's dental care. Dentistry for Children will own these images, but you will be allowed to view and/or obtain copies of them at a reasonable cost. / Habrá ocasiones en las que Dentistry for Children tomará fotografías y otras imágenes para documentar y ayudar con el cuidado dental de su hijo. Dentistry for Children poseerá estas imágenes, pero se le permitirá verlas y / u obtener copias de ellos a un costo razonable.

### FINANCIAL POLICY / POLÍTICA FISCAL

We are committed to providing your family with the best possible care, and we are pleased to discuss our professional fees with you at any time. Your clear understanding of our financial policy is important to our professional relationship. / Estamos comprometidos a proporcionar a su familia con la mejor atención posible, y estamos encantados de discutir nuestros honorarios con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional.

Payment is expected at the time services are rendered. We accept cash, check, MasterCard, Visa, and Care Credit. Any returned checks are subject to a \$35.00 processing fee. Please be aware that the parent/guardian/authorized adult accompanying the patient to our office is responsible for payment of all charges. If your child requires hospital sedation, the parent/legal guardian will be required to pay 100% of the estimated patient responsibility one week prior to hospitalization. If at any time, the estimated charges are higher than you can immediately pay, please request a financial consultation. Your child is our priority! / El pago se espera en el momento en que los servicios son prestados. Aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa, y Care Credit. Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de procesamiento de \$ 35.00. Tenga en cuenta que el adulto padre / tutor / adulto que acompañe al paciente a nuestra oficina es responsable del pago de todos los cargos. Si su hijo debe ser sedado en el hospital, el padre / tutor legal será requerido que pague el 100% de la responsabilidad una semana antes de la hospitalización. Si en algún momento, los costos estimados son más altos de lo que puede pagar de inmediato, por favor solicite una consulta financiera. Su hijo es nuestra prioridad!

**INSURANCE / SEGURO**

If you have dental insurance, you are responsible for bringing all of the information needed to file a dental claim with you to your appointment. We must be able to verify insurance eligibility and benefits in order to accept your dental insurance. If we are able to verify your eligibility and benefits, you must / Si usted tiene seguro dental, usted es responsable de traer toda la información necesaria para presentar una reclamación dental en a su cita. Tenemos que ser capaces de verificar la elegibilidad y beneficios de seguro con el fin de aceptar su seguro dental. Si somos capaces de verificar su elegibilidad y beneficios, usted debe:

- Pay the estimated difference between what your insurance covers and the actual charges incurred on the day of service. / Pagar la diferencia estimada entre lo que cubre su seguro y los gastos reales incurridos en el día del servicio.
- After insurance pays, you are responsible to pay for any balance in full upon notification by our office. / Después de que el seguro pague, usted es responsable de pagar el saldo en su totalidad a la notificación de nuestra oficina.
- If payment is not received from your insurance company within 45 days, you will be expected to pay in full all dental services rendered. / Si el pago no se recibe de su compañía de seguros dentro de los 45 días, se espera usted pague pagar el total de todos los servicios odontológicos prestados.

We attempt to provide the most accurate information available; however, insurance companies will not release their fee schedules, so we cannot be held responsible for any discrepancies in benefits estimated. Information given to you by our office regarding your benefits is a courtesy. Your insurance is a contract between you and your insurance company. We are not a party to that contract and will not become involved in disputes between you and your insurance company regarding deductibles, co-payments, covered charges, secondary insurance, usual and customary limits, benefits, etc. We file insurance claims only as a courtesy to our patients and their families. / Tratamos de ofrecer la información más precisa disponible, sin embargo, las compañías de seguros no liberan sus programas de tarifas, por lo que no nos hacemos responsable de las posibles discrepancias en los beneficios estimados. La información dada a usted por nuestra oficina con respecto a sus beneficios es una cortesía. El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte en ese contrato y no se nos involucrará en las disputas entre usted y su compañía de seguros acerca de los deducibles, co-pagos, los gastos cubiertos, seguro secundario, los límites normales y habituales, beneficios, etc. Nosotros presentamos reclamaciones de seguros sólo como cortesía a nuestros pacientes y sus familias.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out: treatment, obtaining payment from third party payers, and/or the day-to-day healthcare operations of your practice. / Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se otorgan a mí bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a utilizar y divulgar mi información protegida de salud para llevar a cabo: tratamiento, obtener el pago de terceros pagadores, y / o las operaciones de atención del día a día de su práctica.

**PLEASE INITIAL EACH STATEMENT AND SIGN BELOW AS ACKNOWLEDGEMENT AND ACCEPTANCE OF THESE POLICIES / POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN CADA DECLARACION Y FIRME ABAJO COMO RECONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE ESTAS POLÍTICAS**

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      By signing below, I am indicating that I have read and I understand the terms of the CONSENT FOR SERVICES. I am a parent/legal guardian and have authority to consent for this patient. I give consent for Dentistry for Children to perform necessary or appropriate tasks for proper dental and physical evaluations, diagnosis, and treatment. / Al firmar abajo, yo indico que he leído y entiendo los términos del consentimiento para los servicios. Yo soy el padre / tutor legal con poder de consentimiento para este paciente. Do yo consentimiento a Dentistry for Children para llevar a cabo las tareas necesarias o convenientes para las evaluaciones apropiadas dentales y físico, diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read, understand, and agree to comply with the TREATMENT PLAN policy. I understand it is my responsibility to comply with the recommended treatment plan and to maintain my child's oral health. / He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la política de plan de tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad de cumplir con el plan de tratamiento recomendado y para mantener la salud bucal de mi hijo.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read, understand, and agree to comply with the CHILD ACCOMPANIMENT policy. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la política ACOMPAÑAMIENTO DE NIÑOS.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read, understand, and agree to comply with the CELL PHONE USE policy. / He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la política de uso del teléfono celular.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read, understand, and agree to comply with the PHOTOGRAPHY policy. / He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la política de FOTOGRAFÍA.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read and understand the FINANCIAL POLICY and hereby assign all dental benefits to which I am entitled to Dentistry for Children, Dr. Culberson R. Boren, DDS, PA. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by my insurance. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure the payment. / He leído y entiendo la política financiera y asigno todos los beneficios dentales a los que tengo derecho a Dentistry for Children, Dr. Culberson R. Boren, DDS, PA. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro. Por la presente autorizo en facilitar toda la información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read and understand the INSURANCE policy. I understand that Dentistry for Children is providing me with an insurance estimate as a courtesy to me. I understand that my portion may change depending on insurance payments, treatment plan changes, eligibility, etc. / He leído y entiendo la póliza de seguro. Entiendo que Dentistry for Children me está proporcionando una estimación de seguros como una cortesía para mí. Entiendo que mi parte puede cambiar en función de los pagos del seguro, los cambios del plan de tratamiento, elegibilidad, etc.

\_\_\_\_\_ Initials / iniciales      I have read and understand the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. I have also been informed of, and have been given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a description of the uses and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA. / He leído y entendido la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. También se me ha informado y ha dado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y mis derechos bajo HIPAA.

**ALTERNATE AUTHORIZED CAREGIVER(S) / CUIDADOR ALTERNATIVO AUTORIZADO (S):**

I am indicating with my signature below that I am the PARENT / LEGAL GUARDIAN of \_\_\_\_\_. The individuals listed below are competent adults and have my permission to accompany my child to Dentistry for Children for appointments, make treatment decisions, sign consents, and receive information regarding my child's dental visit. I understand that I am responsible for all charges approved by the people listed below. I also understand that any amount due is still expected on the date of service, and that the individual accompanying my child will be asked for payment. / Indico con mi firma que soy el padre / tutor legal de \_\_\_\_\_. Las personas que se mencionan a continuación son adultos competentes y tienen mi permiso para acompañar a mi hijo a Dentistry for Children para citas, tomar decisiones de tratamiento, firmar consentimientos, y recibir información sobre la visita dental de mi hijo. Entiendo que soy responsable por todos los cargos aprobados por las personas que figuran a continuación. También entiendo que cualquier cantidad adeudada todavía se espera en la fecha del servicio, y que la persona que acompaña a mi hijo se le solicitará el pago.

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

PRINTED NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN / IMPRIMA EL NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL

SIGNATURE OF PARENT / LEGAL GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE

DATE / FECHA

WITNESS SIGNATURE / FIRMA DEL TESTIGO