



## REGISTRO

### INFORMATION DEL PACIENTE:

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso (libras): \_\_\_\_\_ La Talla: \_\_\_\_\_ El Genero: \_\_\_\_\_

Nombre del Consultorio Dental: \_\_\_\_\_ Dia de la Cita: \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Direccion de envio: \_\_\_\_\_

PAGO INFORMATION:         Pago por cuenta propia     Medicaid de Colorado Estado

#### PREOPERATORIA (en ayunas) DIRECTRICES

##### Citas antes de 11:00 AM:

- ↳ Nada de comer o beber a partir de las 8 horas antes de la anestesia
- ↳ Puede tomar la medicacion por lo menos 2 horas antes con un sorbo de agua PEQUENO

##### Citas despues de 11:00 PM:

- ↳ Nada de comer or beber a partir de las 8 horas antes de la anestesia
- ↳ Puede beber aqua o Sprite SOLO hasta 4 horas antes de la anestesia
- ↳ Puede tomar la medicacion por lo menos 2 horas antes con un sorbo de aqua PEQUENO

### Certifico que:

- He leído y entendido las instrucciones de ayuno.
- CarePoint puede comunicar la informacion del paciente utilizando la informacion de contacto que aparece mas arriba.

Paciente/Guardian Legal Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## FINANCIERO POLITICA

**Bienvenido a Carepoint Anestesia Grupo!** Estamos dedicados a brindar servicios de anestesia especializados en el entorno familiar y cómodo de su oficina del dentista, que aporta un toque personal a medida y su cuidado. También nos gustaría informarle de sus obligaciones financieras. La siguiente es la política financiera de nuestra empresa:

### Pago por servicios:

- \_\_\_\_\_ Carepoint es una empresa de "pago por servicio" y el pago es debido cuando los servicios son prestados.
- \_\_\_\_\_ Carepoint es una entidad completamente separada de su dentista. Todos los cargos relacionados, los tiempos de operación y / o pedidos están cargadas y facturan por separado.
- \_\_\_\_\_ Carepoint requiere un depósito no reembolsable al momento de la programación que se aplicará al total. Los depósitos pueden hacerse a través de nuestra página web [www.carepointanesthesia.com](http://www.carepointanesthesia.com). El saldo restante se debe a la fecha del servicio. Este será cargado a la tarjeta en el archivo a menos que se tomen otras medidas.
- **Cuota pediátrica** (20 años o menos): \$950 mínimo de 2 horas o menos; \$150 por cada incrementos adicionales de 15 minutos. Esto incluye un deposito pediatria de \$300.
  - **Tarifa de adultos** (21 años y mayores): \$600 mínimos de 1 hora o menos; \$150 por cada incrementos adicionales de 15 minutos. Esto incluye un depósito de adultos \$500.
- \_\_\_\_\_ Carepoint acepta todas las tarjetas de crédito, tarjetas de débito, tarjetas de cuenta de ahorros de salud (HSA), tarjetas de gastos flexibles, CareCredit (6 meses plazo), dinero en efectivo, órdenes de pago o cheques de nuestros servicios.

**Si usted tiene seguro:** Carepoint no acepta seguros privados y sólo acepta Medicaid de Colorado. A petición, podemos proporcionarle unareembolso formulario de reclamación que puede transmitir directamente a su compañía de seguros. No garantizamos que va a recibir el reembolso de su compañía de seguros. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros directamente para cualquier pregunta con respecto a su cobertura, sus políticas de pago, y los procedimientos de reembolso.

**Certifico que he leído, entendido y acusar recibo de una copia de la Política Financiera anteriormente. También entiendo y reconozco mi responsabilidad financiera para los servicios de anestesia proporcionados por Carepoint Anestesia Grupo.**

Paciente / Guardián Legal Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

### TARJETA DE CREDITO AUTORIZACION DE PAGO

*Al firmar a continuacion, usted autoriza CarePoint Anesthesia para presentar el pago por el saldo restante debe realizar despues de la fecha d servicio.*

Por favor, consulte:  VISA  MC  AMEX  DISCOVER  CARE CREDIT (6-meses plazo)

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Numero de tarjeta: \_\_\_\_\_

Firma de tarjetahabiente: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CCV: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Como alternativa, la información de tarjetas se puede proporcionar a través de nuestra página web en forma de un depósito.**