



NAME _____

CHART # _____

DOB _____

DATE _____

CONSENT FOR TREATMENT

I hereby authorize New Horizon Family Dental Care to provide dental treatment including, but not limited to, x-ray, examinations and injections as may be ordained as advisable or necessary by the attending professional staff.

Signature: _____

Relationship to Patient Self
 Spouse
 Parent/Guardian
 Other _____

GENERAL RELEASE/ASSIGNMENT OF BENEFITS

I hereby guarantee payments of all charges incurred for the amount of this patient including transportation and care at any hospital or other facility by a physician and assign any benefits for that patient to **New Horizon Family Dental Care**.

I hereby authorize **New Horizon Family Dental Care** to furnish from its records any information requested by insurance of liable third parties in connection with the above assignments.

Signature: _____

Relationship to Patient Self
 Spouse
 Parent/Guardian
 Other _____

TREATMENT/PAYMENT AGREEMENT

I request **New Horizon Family Dental Care** to provide me and/or my family with dental care. I acknowledge my responsibility to pay for that care according to the fees established. Furthermore, I authorize assignment of benefits for dental services paid to **New Horizon Family Dental Care**.

Signature: _____

Relationship to Patient Self
 Spouse
 Parent/Guardian
 Other _____

Please Answer the Following Questions

1. Did you receive a Notice of Privacy? Yes No
2. Did you receive your Patient's Rights and Responsibilities? Yes No

Signature of Patient

Date

Signature of Witness

Date



NOMBRE _____

EXPEDIENTE # _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo por este medio autorizo a New Horizon Family Dental Care a proveer tratamiento dental incluido-pero no limitado – a los rayos-x, los exámenes y las inyecciones según sea recomendado o necesario según el personal profesional.

Firma: _____

Relación con el Paciente: Uno mismo
 Esposo/a
 Padre/Tutor
 Otro _____

LIBERACIÓN GENERAL/CONSIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo por este medio garantizo los pagos de todos los gastos incurridos de este paciente incluyendo la transportación y los servicios medicos en cualquier hospital u otra facilidad de un medico y asigno cualquier beneficio para ese paciente a **New Horizon Family Dental Care.**

Yo autorizo a **New Horizon Family Dental Care** a proveer de los expedients la información requerida para el seguro medico de tercer responsables con relación a la “Consignación de Beneficios.”

Firma: _____

Relación con el Paciente: Uno mismo
 Esposo/a
 Padre/Tutor
 Otro _____

ACUERDO DE PAGO DE TRATAMIENTO

Yo solicito a **New Horizon Family Dental Care** que me provea a mi y a mi familia con cuidado medico. Yo reconozco mi responsabilidad de pagar para cuidado dentales de acuerdo a los honorarios establecidos. Ademas, yo autorizo que los beneficios dentales obtenidos sean pagados a **New Horizon Family Dental Care.**

Firma: _____

Relación con el Paciente: Uno mismo
 Esposo/a
 Padre/Tutor
 Otro _____

Favor de Contestar las Preguntas Siguietes

3. ¿Recibió del Anuncio de la Privacidad? Yes No
4. ¿Recibió los Derechos y las Responsabilidades de los Pacientes? Yes No

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha