PURE SMILE

8000 SW 117th Ave, Suite 100
Miami, FL 33183
(305) 787-3642 · puresmilemiami.com

Print, complete and bring this form to your first visit. Questions? Call us at (305) 787-3642.

Imprime, completa y trae este formulario a tu primera visita. Si tienes dudas, llámanos al (305) 787-3642.

FIRST VISIT · PRIMERA VISITA

General Consent and Patient Acknowledgments

Consentimiento general y autorizaciones del paciente

PureSmile Miami Dental Practice Corp ("the Practice") · 8000 SW 117th Ave, Suite 100, Miami, FL 33183 · (305) 787-3642

Patient name / Nombre del paciente

Date of birth / Fecha de nacimiento

1. Examination and routine care. I authorize the Practice's dentists, hygienists and dental assistants to examine me and provide routine care: cleanings, X-rays, fluoride, sealants, fillings and local anesthesia. Before any treatment with its own risks, such as extractions, implants, root canals, crowns or dentures, they will explain the procedure, the alternatives and the risks, and I will sign a separate consent. I understand that dentistry cannot guarantee results, and that outcomes also depend on my home care and keeping my appointments. I may ask questions and refuse any treatment.

2. Local anesthesia. Its most common risks are temporary numbness, pain, bruising or swelling at the injection site, biting my lip or tongue while numb, and a faster heart rate. Allergic reactions and prolonged or permanent numbness from nerve injury are rare. I will tell the dentist if I am pregnant or take any medication.

3. X-rays, photos and scans. I authorize X-rays, including 3D imaging when the dentist orders it, and digital photos and scans of my mouth and face. They are used for diagnosis, treatment planning, insurance and my record, and they are protected under HIPAA. Using them in advertising requires my separate authorization.

4. Medical history. I will give complete and truthful information about my health, medications and allergies, and I will report any change. I understand that withholding information can put my health and treatment at risk.

5. Who treats me. I agree to be treated by any Florida-licensed dentist working at the Practice, and by hygienists and dental assistants under their supervision.

1. Examen y tratamiento de rutina. Autorizo a los dentistas, higienistas y asistentes dentales de la Clínica a examinarme y a darme atención de rutina: limpiezas, radiografías, flúor, selladores, empastes y anestesia local. Antes de un tratamiento con riesgos propios, como extracciones, implantes, canales, coronas o prótesis, me explicarán el procedimiento, las alternativas y los riesgos, y firmaré un consentimiento aparte. Entiendo que la odontología no puede garantizar resultados y que el resultado también depende de mi cuidado en casa y de venir a mis citas. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier tratamiento.

2. Anestesia local. Sus riesgos más comunes son adormecimiento temporal, dolor, moretón o inflamación donde se inyecta, morderme el labio o la lengua mientras dura el efecto y aceleración del pulso. Son raras la reacción alérgica y el adormecimiento prolongado o permanente por lesión de un nervio. Avisaré si estoy embarazada o si tomo medicamentos.

3. Radiografías, fotos y escaneos. Autorizo radiografías, incluida la tomografía 3D cuando el dentista la indique, y fotos y escaneos digitales de mi boca y mi cara. Se usan para diagnóstico, plan de tratamiento, seguro y expediente, y están protegidos por HIPAA. Usarlos en publicidad requiere mi autorización aparte.

4. Historia médica. Daré información completa y verdadera sobre mi salud, medicamentos y alergias, y avisaré de cualquier cambio. Entiendo que ocultar información puede poner en riesgo mi salud y mi tratamiento.

5. Quién me atiende. Acepto que me atienda cualquier dentista con licencia de Florida que trabaje en la Clínica, y los higienistas y asistentes dentales bajo su supervisión.

6. Security cameras and call recording. The Practice has security cameras in the reception, waiting room and hallways that record video only, without audio. Calls to the Practice may be recorded. Recordings are used for security, service quality and documentation, are stored as protected health information, and are deleted after 30 days unless needed for an incident. There are no cameras in the treatment rooms or restrooms. Recordings are not used in advertising without my authorization. I consent to being recorded in those areas and on calls.

6. Cámaras y grabación de llamadas. La Clínica tiene cámaras de seguridad en la recepción, la sala de espera y los pasillos, que graban solo video, sin audio. Las llamadas a la Clínica pueden ser grabadas. Las grabaciones se usan para seguridad, calidad del servicio y documentación, se guardan protegidas como información de salud y se borran a los 30 días, salvo que se necesiten por un incidente. No hay cámaras en los consultorios ni en los baños. No se usan en publicidad sin mi autorización. Doy mi consentimiento para ser grabado en esas áreas y en las llamadas.

7. Reminders and messages. I authorize PureSmile Miami (the Practice and PureSmile Miami LLC, which manages its communications) to contact me by the channels I check below, including automated or prerecorded messages, to confirm and remind me of appointments, follow up after treatment, verify my insurance, notify me of balances and send Practice updates. Text messages do not include details of my diagnosis or treatment.

7. Recordatorios y mensajes. Autorizo a PureSmile Miami (la Clínica y PureSmile Miami LLC, que gestiona sus comunicaciones) a contactarme por los medios que marco, incluso con mensajes automáticos o pregrabados, para confirmar y recordar citas, dar seguimiento después del tratamiento, verificar mi seguro, avisar de saldos y dar avisos de la Clínica. Los mensajes de texto no incluyen detalles de mi diagnóstico ni de mi tratamiento.

Mobile phone / Celular

Email / Correo

☐ Text messages (SMS) / Mensajes de texto (SMS) ☐ WhatsApp ☐ Email / Correo electrónico ☐ Phone calls and voicemail / Llamadas y mensajes de voz

☐ Optional: I also agree to receive promotions and news from the Practice by email and WhatsApp. / Opcional: también acepto recibir promociones y novedades de la Clínica por correo electrónico y WhatsApp.

Text messages from PureSmile Miami: message frequency varies. Message and data rates may apply. Reply STOP to cancel or HELP for help. Consent is not a condition of service. Terms and privacy: puresmilemiami.com/en/politica-de-privacidad-web. I understand that SMS, WhatsApp and regular email are not always encrypted, and I accept that risk to receive information about my appointments and care. I may change these choices at any time.

Mensajes de texto de PureSmile Miami: la frecuencia varía. Pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Responde STOP para cancelar, o HELP o AYUDA para recibir ayuda. Aceptar no es condición para recibir servicios. Términos y privacidad: puresmilemiami.com/politica-de-privacidad-web. Entiendo que los SMS, WhatsApp y el correo normal no siempre están cifrados y acepto ese riesgo para recibir información de mis citas y mi atención. Puedo cambiar estas opciones en cualquier momento.

8. Privacy. I received or was offered the Practice's Notice of Privacy Practices, which explains how my health information is used and protected and what my rights are. It is also at puresmilemiami.com/en/notice-of-privacy-practices.

8. Privacidad. Recibí o se me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica, que explica cómo se usa y protege mi información de salud y cuáles son mis derechos. También está en puresmilemiami.com/aviso-de-privacidad.

People the Practice may talk to about my appointments and balances (optional) / Personas con quienes la Clínica puede hablar de mis citas y saldos (opcional)

9. Payment, insurance and cancellations. / Pagos, seguro y cancelaciones.

- My share of the cost is due on the day of service.
- Insurance estimates are not a guarantee of payment. I am responsible for deductibles, copays, non-covered services and any balance my insurance does not pay, according to my plan's rules.
- I assign my dental insurance benefits to the Practice so it is paid directly, and I authorize release of the information my insurer needs to process my claims.
- If I cannot come, I will give at least 24 hours' notice so another patient can use that time.
- A returned check carries the service charge allowed by Florida law.

- Mi parte del costo se paga el día del servicio.
- Los estimados de mi seguro no son una garantía de pago. Soy responsable de deducibles, copagos, servicios no cubiertos y saldos que el seguro no pague, según las reglas de mi plan.
- Cedo a la Clínica los beneficios de mi seguro dental para que le paguen directamente, y autorizo dar a mi aseguradora la información necesaria para procesar mis reclamaciones.
- Si no puedo venir, avisaré con al menos 24 horas para que otro paciente pueda usar ese horario.
- Un cheque devuelto tiene el cargo de servicio que permite la ley de Florida.

10. Minors and representatives. If I sign for a minor under 18 or for another person, I declare that I am their parent, legal guardian or authorized representative and I give this consent on their behalf.

10. Menores y representantes. Si firmo por un menor de 18 años o por otra persona, declaro que soy su padre, madre, tutor legal o representante autorizado y doy este consentimiento en su nombre.

11. Electronic signature and duration. My electronic signature has the same effect as a handwritten one. This consent covers all my visits until I revoke it in writing or the Practice asks me to sign a new version. Revoking it does not affect care already provided. I may request a copy.

11. Firma electrónica y vigencia. Mi firma electrónica vale igual que una firma en papel. Este consentimiento vale para todas mis visitas hasta que lo revoque por escrito o la Clínica me pida firmar una versión nueva. Revocarlo no afecta lo que ya se hizo. Puedo pedir una copia.

12. Emergencies. If I have a medical emergency at the Practice, I authorize the staff to give me first aid and call 911, and I understand that the costs of transport and emergency care are mine.

12. Emergencias. Si tengo una emergencia médica en la Clínica, autorizo al personal a darme primeros auxilios y a llamar al 911, y entiendo que los costos del traslado y de la atención de emergencia son míos.

I have read this form, or had it read to me, in a language I understand, and I was able to ask questions. I am not under the influence of alcohol, drugs or medications that affect my judgment. I know I may request a copy. I agree.

He leído este formulario, o me lo han leído, en un idioma que entiendo, y pude hacer preguntas. No estoy bajo los efectos del alcohol, drogas ni medicamentos que afecten mi juicio. Sé que puedo pedir una copia. Estoy de acuerdo.

Interpreter, if used / Intérprete, si se usó

Signature of patient or representative / Firma del paciente o representante

Date / Fecha

Printed name / Nombre en letra de molde

Relationship to patient / Relación con el paciente

Practice witness / Testigo de la Clínica

Date / Fecha