

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y POLÍZA FINANCIERA

Como condición para su tratamiento por esta oficina, los acuerdos financieros deben hacerse por adelantado. La práctica depende de reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado y responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

SEGURO DENTAL: Nuestra oficina alegre trabajará con usted para ayudar a obtener el máximo beneficio disponible a usted. Más planes de seguro dentales no cubren 100% de su coste de tratamiento. Por lo tanto, se espera que pagar el deducible y el copago **ESTIMADO** en los servicios son prestados. Alegre va presentar su reclamo del seguro. Muchas variables existen del portador al portador (es decir, deducibles, máximos anuales, limitaciones de la cuota permitida, procedimientos no cubiertos y otras restricciones); por lo tanto, no podemos garantizar ningún cargo estimado. Porque su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros, en última instancia, usted es responsable de todos los cargos. Por favor saber que haremos todo lo posible ver que recibirá todos los beneficios de su compañía de seguros. Si por alguna razón que su compañía de seguros no ha pagado su porción estimada dentro de 60 días desde el inicio del tratamiento, usted es responsable del pago por completo en aquel momento Tratamiento podría ser alterado si su dental necesita un cambio. El paciente será notificado de cualquier cambio en el tratamiento. Después de una declaración de cuentas ha sido enviada y quedo un saldo en la cuenta después de 60 días, la tarjeta de crédito en archivo le cobrará por cualquier balance de más de 60 días.

SOBRE SEGUROS PLANES DE DONDE SOMOS PROVEEDOR PARTICIPANTE

Todas las porciones y deducibles estimados pagados antes del tratamiento. En caso de que su cobertura de seguro cambia a un plan donde nos encontramos un proveedor no participante, consulte el párrafo. Usted es responsable de asesorar a esta oficina si usted tiene un cambio en su cobertura de seguro antes de su cita. **GENERALMENTE** Las tasas habituales y nuestra práctica está comprometida en ofrecer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y nosotros cobrar lo que es usual y habitual en nuestra zona. **Usted es responsable de pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de tarifas normales y habituales.**

PACIENTES ADULTOS: pacientes adultos son responsables por el pago total al momento del servicio.

PACIENTES MENORES: cualquier adulto acompañando a un menor de edad y los padres (o tutores del menor) son responsables por el pago completo ' para los menores no acompañados, tratamiento de emergencia no se negará a menos que los cargos han sido autorizados previamente aprobado por visa. / MasterCard, American Express, Discover, Care Credit, CitiHealth o pago en efectivo o cheque en el tiempo de servicio ha sido verificado.

CITAS PERDIDAS: que respetuosamente le pedimos que nos dé un mínimo de 24 horas aviso de cancelar o reprogramar su cita. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo citas programadas

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NUESTRO DEBER LEGAL que estamos obligados por leyes federales y leyes estatales para mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos sobre su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigencia. Este aviso toma efecto 14/04/2003 y permanecerá en efecto hasta que la reemplazamos. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre dichos cambios son permitidos por las leyes aplicables. Nos reservamos el derecho a hacer efectiva para toda información médica que mantenemos, incluyendo información de salud que creada o recibida antes de que los cambios los cambios en nuestras prácticas de privacidad y las nuevas condiciones de nuestro aviso. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y hacer la nueva notificación disponible bajo petición. Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros usando la información listada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA.

Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar su información médica a un médico u otro profesional de la salud proporcionando tratamiento a usted.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que le proporcionamos.

Operaciones de atención médicos: Podemos usar y divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de atención médicos. Operaciones de cuidado de la salud incluyen actividades evaluación y mejora de calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del rendimiento profesional y el proveedor, realización de programas de formación, acreditación, certificación, licencia o acreditación de las actividades.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médicos, usted puede darnos autorización para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si

PRIME DENTAL GROUP

OSCAR L. CASTRO JR., DDS

MICHAEL HENNESSY, DDS

usted nos da una autorización, usted puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgaciones permitidos por su autorización mientras que era en efecto. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por ninguna razón excepto las descritas en este aviso.

Las personas involucrada en el cuidado: Podemos utilizar o divulgar información médica para notificar, o asistir en la notificación de un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes del uso o divulgación de su información de salud, le proporcionará una oportunidad para oponerse a tales usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional revelar sólo información de salud que es directamente relevante a la persona s participación-t en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir a una persona recoger recetas rellenas, suministros médicos, rayos x u otras formas similares de información médica.

Requerido por la ley: podemos utilizar o divulgar su información médica cuando estamos obligados a hacerlo por ley.

Abuso o abandono: podemos divulgar su información médica a autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de los demás.

Seguridad nacional: Nosotros podemos revelar a autoridades militares la información de salud de las fuerzas armadas bajo

DERECHO DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Vamos a utilizar el formato que usted solicita a menos que no podemos hacerlo practicable. (Debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Le cobraremos una cuota razonable basada en los costos por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. LF solicita copias, le cargaremos \$.50 por cada página, \$20 por hora para el tiempo del personal localizar y copiar su información de salud y gastos de envío si desea que las copias por correo. LF solicita un formato alternativo, se le cobrará un honorario basado en los costos para proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica para un honorario. Contacte con nosotros usando la información listada al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo al dentista a liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí o a mi hijo durante el período de tal cuidado dental a terceros pagadores o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista (si mi seguro lo permite) o en caso contrario a pagar a mí las prestaciones del seguro de grupo dental. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el actual proyecto de ley para los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Autorizo que mis datos personales de pago (cheques o tarjetas de crédito utilizadas para hacer pagos en su cuenta), para conservarse en el archivo, si es necesario, para hacer restitución sobre cualquier balance de más de 60 días vencidos.

Doy mi permiso a usted o a su cesionario, para me teléfono en casa o en mi trabajo para discutir los asuntos relacionados con esta forma.

Estoy de acuerdo que fotos de mí que se utilizará para la educación, capacitación y/o comercialización.

He leído las condiciones de tratamiento y pago y de acuerdo a su contenido.

SIGNATURA _____

FECHA ____/____/____