

REGISTRO DEL PACIENTE

CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera: Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes. Entiendo que el pago se debe realizar al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Esto incluye deducibles, copagos y cualquier parte estimada que el seguro no cubre. Por la presente autorizo y pago directo de los beneficios del seguro dental que de otra manera me serían pagados por los servicios prestados, directamente a Elison Dental Center. En el caso de que la compañía de seguros me dirija por error, entiendo que soy responsable de remitir inmediatamente dichos pagos a Elison Dental Center. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que se puede agregar a mi cuenta un cargo de \$ 25 por pago atrasado. Además, acepto informar a Elison Dental Center de cualquier cambio de dirección o número de teléfono dentro de los 30 días posteriores a dicho cambio. En caso de que no lo haga, autorizo a Elison Dental Center a utilizar todos los medios debidos, incluido el uso de los registros del historial de crédito, para determinar mi nueva dirección para fines de facturación.

Aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica

Consentimiento para el tratamiento: Escucho al autorizar al médico o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico exhaustivo de mis necesidades dentales. En el momento del diagnóstico, autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados acordados mutuamente por mí y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada. Acepto el uso de anestésicos, sedantes y cualquier otro medicamento según sea necesario. Entiendo que puedo solicitar un recital completo de cualquier posible riesgo de complicaciones.

Políticas de la oficina: La oficina está abierta de lunes a jueves de 8-5:00 p.m., y cada dos viernes de 8-12:00 p.m. Requerimos un aviso de 24 horas si necesita cancelar / reprogramar una cita. Aquel día, 15 minutos para una cita no se verá y nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa. Garantizamos todo el trabajo dental durante 2 años completado en nuestro consultorio y las coronas durante 5 años si no se temple en otro consultorio. El único requisito es que visite cada seis meses para el control y la limpieza.

Firma final: La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. También autorizo a Elison Dental Center o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Patient Signature

Date

Parent/Responsible Party Signature

Date