

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 Alison 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 Alison 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. También autorizo a Alison Dental Center o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Además, acepto informar a Alison 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 Alison 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. Si no se atienden las cuentas, el proceso de cobranza comenzará con notificaciones de hasta **90 días** que se enviarán a **Bonneville Collections**. También puede configurar un plan de pago para planes de tratamiento superiores a **\$500**; se necesitará una tarjeta y se mantendrá archivada para pagos automáticos.

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 8:00 a.m. a 5:00 p.m., y cada dos viernes de 8 a 12:00 p.m. Requerimos un **aviso de 24 horas** si necesita cancelar / reprogramar una cita. Aquel día no se podrá ver a nadie con **15 minutos** de retraso y nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa. Las citas perdidas sin notificación previa también están sujetas a un cargo por retraso de **\$25-50**. Garantizamos todo el trabajo dental durante **2 años** completado en nuestra oficina y las coronas por **5 años** si no se temple con otra oficina. 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. Entiendo y cumpliré con los términos listados.

Firma De Paciente

Fecha

Firma del padre / parte responsable

Fecha