



\_\_\_\_\_  
Patient's Name

## SEGURO DENTAL

Hoy en día hay más de 3,000 diferentes tipos de polizas de seguros dentales. Nosotros hacemos el mayor esfuerzo posible para ayudarle a entender y a trabajar con su poliza de seguro, verificando cual es la cuota autorizada por su aseguranza, su deducible y si usted es elegible para los servicios que necesita. Smith Family Dental, con mucho gusto envía los reclamos a su seguro dental por usted y usaremos todo lo que este a nuestro alcance para ayudarle a recibir la mayor parte posible de beneficios disponibles. **Finalmente** usted es la persona responsable de pagar por los servicios recibidos. Por favor recuerde que una poliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía aseguradora; y nosotros no tenemos ningun tipo de relación directa con ellos.

Las polizas pueden cambiar cada año cuando los contratos se renuevan y frecuentemente sin una comunicación clara, por lo tanto le recomendamos a nuestros pacientes familiarizarse con su poliza de seguro. También recomendamos que nuestros pacientes se tomen el tiempo para entender que cobertura estan seleccionando durante el periodo de inscripción abierta. Cambios en elegibilidad, monto total de beneficios o beneficios podrian resultar en gastos inesperados para usted. Usted es financieramente responsable por todos los costos de servicios proveidos; especialmente si su aseguradora niega cobertura alguna.

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Con la presente autorizo a Smith Family Dental (SFD) a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otra ayuda diagnostica que aporte al adecuado diagnóstico de mi condición para el beneficio de mis necesidades dentales. También autorizo a SFD de ejecutar todo el tratamiento recomendado y para administrar los medicamentos y/o anestésicos indicados estando en mutuo acuerdo con lo recomendado. Entiendo que el usar agentes anestésicos es opcional y que existen ciertos riesgos tales como pero no limitados a: hematomas, parestesias, trismus, o incremento de frecuencia cardiaca. Se me dará la oportunidad de preguntar acerca de dudas o incertidumbres acerca de mi condición en específica.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy responsable de todos los cargos realizados en esta oficina. Todo procedimiento ejecutado se cobrara en el tiempo que sea prestado el servicio a excepción que se hayan hecho arreglos financieros por escrito previamente. Comprendo que esta oficina no puede garantizar la cobertura de las aseguradoras dentales y por lo tanto seré responsable de todo los cargos pendientes del tratamiento realizado en la oficina. Acepto pagar todo sobrecargo asociado a balances delincuentes, cobro de colección (40%), cobros de abogado y cualquier otra medida para lograr que mi cuenta pendiente quede saldada. Reservamos citas única y exclusivamente para usted, si no le es posible cumplir la cita por favor dejenos saber con 24 horas de anticipación a excepción de una emergencia inesperada de lo contrario se le cargara un valor de \$35 a su cuenta por no cumplir su cita. En el caso que no se presente a su cita sin advertencia se le aplicara un valor de \$50 a su cuenta por cada hora de su cita. Aceptamos cash, VISA, Mastercard, Lending Club y Care Credit. Nos reservamos el derecho de no aceptar cheques personales.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO DEL USO Y COMMUNICACION DE SU INFORMACION

**Al Paciente: POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE.**

**El Propósito de este consentimiento:** por medio de su firma en este documento usted autoriza esta oficina de usar y comunicar su información personal para llevar a cabo operaciones tales como: tratamiento, pagos y diversas actividades asociadas a su salud oral y general.

**Notificación de Practicas Privadas:** Tiene el derecho de leer nuestra Notificación de Practicas privadas antes de firmar este consentimiento. Nuestra notificación provee una descripción detallada de nuestra manera de llevar a cabo tratamiento, actividades financieras operaciones de salud, y del uso y comunicación que podemos tener con su información protegida. Reservamos el derecho de cambiar nuestras pólizas de prácticas privadas actuales, para poder seguir reglas federales y para estar a la vanguardia con estas.

**El derecho a revocar:** Tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier tiempo mediante la notificación por escrito a nuestra oficina. Tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. Por favor comprenda que el revocar este consentimiento implicara la posibilidad que nosotros optemos por no tratar su condición o continuar con su tratamiento.

Yo, (escriba nombre del paciente o padre/madre), \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer el contenido completo de este consentimiento y de leer la Notificación de Practicas Privadas. Entiendo que mi firma en esta forma da consentimiento a esta oficina para utilizar mi información para mejor desempeñar mi tratamiento y gestiones financieras.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha