

ACTO DE PRIVACIDAD

1116 South Stapley Drive
Building B, Suite 102
Mesa, Arizona 85204
480-610-6544 • 480-633-0670 Fax

Yo entiendo que, bajo la Asegurancia (HIPAA) Yo tengo ciertos derechos de privacidad respecto a la información de salud privada. Yo entiendo que esta información puede ser usada para lo siguiente:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y mi cita continua sobre los proveedores de aseguranzas de salud quienes estarán envueltos en mi tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pagos de terceras partes.
- Conducir operaciones de salud normales como asesoramientos de calidad y certificaciones del médico.

He sido informado por nosotros del **Aviso de Prácticas Privadas** en una descripción completa de los usos y responsabilidades de la información de mi salud me han dado el derecho para repasar el **Aviso de Prácticas Privadas** antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar el **Aviso de Prácticas Privadas** en diferente tiempo y que yo puedo contratar organización a la dirección que esta abajo de esta forma para obtener una copia actual de el **Aviso de Prácticas Privadas**.

Yo entiendo que tengo el derecho de contactar la organización con la dirección colocada al fin de esta forma para obtener una copia actual de el **Aviso de Prácticas Privadas**.

Yo entiendo que yo puedo sugerir por escrito que ustedes controlen la forma en que revelan mi información privada como para seguir el tratamiento, Pagos, u operaciones de salud.

También entiendo que no tienen que estar de acuerdo con mi sugerencia, pero si ustedes están de acuerdo tendrán que aceptar lo que yo sugerí.

Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta un cierto punto que se ha tomado acción sobre este consentimiento.

Nombre de Paciente: _____

Firma del Guardian: _____

Relación del Paciente: _____

Fecha: _____

Dentistry for children

1116 South Stapley Drive
Building B, Suite 102
Mesa, Arizona 85204
480-610-6544 • 480-633-0670 Fax

Gracias por escoger a Dentistry for Children para atender a sus necesidades dentales. Esperamos proveerle el mejor servicio y tratamiento dental posible.

Para ofrecer el mejor servicio posible necesitamos establecer algunas pautas y para ello necesitamos su colaboración.

Llamadas de Cortesía: El día anterior a su cita se la hará una llamada para recordarle de su cita. Por favor mantenga en mente que esta es una provisión de cortesía solamente y que usted (paciente/padre o guardián) es el responsable de mantener su cita.

Cancelaciones: Se requiere 24 horas de notificación para cancelaciones. Si no le es posible asistir a su cita, por favor déjenos saber por adelantado así otros pacientes que tienen necesidad de obtener de tratamiento podrán ser atendidos a más prontitud.

Si falla a su cita sin aviso: Pacientes que no se presentan para su cita sin avisar con un periodo de 24 horas de anticipación van a ser considerados como faltantes y perderá su cita. Después de faltar a 2 citas, los pacientes tendrán que buscar tratamiento por medio de otro proveedor dental.

Tardanzas: Pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde para obtener tratamiento no podrán ser atendidos y necesitarán hacer otra cita para el futuro. Esto sólo se permitirá tres veces. El tratamiento será dado a la discreción del doctor o doctora que está atendiendo.

Póliza de Finanzas: Nuestra oficina estará más que dispuesta a someter una factura a su plan de seguro para usted o su hijo. Cualquier pago, deducible o porcentajes que se tengan que hacer se necesitan hacer el día en que se rindió el tratamiento. Por favor tenga en mente que en estos casos solo le proveemos un presupuesto estimado. También podemos mandar pedir autorización a su seguro antes de empezar el tratamiento. No podemos garantizar que es lo que cubrirá su a seguro. Usted será responsable por cualquier servicio que su plan no cubra. Dado a que tenemos una cantidad grande de pacientes no nos es posible hablar a su plan de seguro de su parte.

Para la conveniencia de los que deseen pagar en efectivo los servicios, se puede hacer un plan de pago.

Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos financieros, costos de colecciones de 33%, cargos de abogados y todos los gastos que se presenten para poder hacer los cobros de las cantidades por cobrar si llega a colecciones.

He leído y entiendo estas condiciones y acepto guirarme por sus pautas financieras.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____