



6328 Richmond Highway, Unit F Alexandria VA 22306 | 703-765-0165 | FAX: 703-765-0166

### **POLÍTICA DE REGLAMENTOS**

Su cita está reservada sólo para usted. Si usted no puede asistir a su cita, por favor dejenos saber con 48 horas de anticipación para que podamos programar una nueva hora para usted.

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DENTALES**

Por la presente solicito y autorizo al dentista de Premium Family Dental y sus asistentes dentales para realizar todos los tratamientos dentales y cirugía, como se indica en mis registros y plan de tratamiento dentales Entiendo y autorizo para estos tratamientos, que se consideren necesarios y convenientes a juicio del dentista. También autorizo a la administración de medicamentos y anestésicos, según se considere conveniente por el dentista.

### **CUPONES Y ESPECIALES**

En ocasiones, nuestra práctica ofrece descuentos o cupones para ayudar para que el cuidado dental sea más economico para los pacientes que no tienen seguro dental. Nuestro especial de \$79 está estructurado para ayudar a los pacientes que obtienen atención dental de rutina cada 6 meses para mantener la salud dental óptima. El especial de \$79 cubre un examen completo, limpieza regular, y 4 radiografías (bitewings).

Esta oferta (\$79) no es válida para los pacientes que son diagnosticados con la enfermedad periodontal por el dentista, pacientes con esta enfermedad periodontal requieren una limpieza profunda intensiva y con una limpieza regular no es suficiente para tratar esta enfermedad, el dentista no realizará la limpieza regular en estos casos.

### **SEGURO DENTAL**

El seguro dental es un contrato entre el empleador y el paciente. No tiene ninguna conexión con el proveedor de tratamiento dental. Los beneficios de cobertura varía de una compañía a otra, e incluso a veces dentro de una misma empresa. No tiene nada que ver con el nivel de servicio proporcionado por el dentista y el pago por los servicios prestados.

Aunque no se requiere, podemos preparar y presentar sus formularios de reclamación de seguros sin costo como una cortesía para usted. Si usted lo solicita, también podemos proporcionar estimaciones que muestran el reembolso del seguro previsto y participación del paciente en todos los procedimientos. Esta es sólo una estimación. Usted es el responsable por el costo de todos los servicios profesionales prestados, independientemente de la estimación, si el seguro no paga su parte.

**En el dado caso de que asignemos su cuenta a una compania de colecciones para ayudar a colectar su deuda, ud. Sera responsable de cualquier cargo adicional impuesto por la agencia de colecciones.**

Entiendo perfectamente mi obligación financiera y la responsabilidad a que se adhieran a la política de todos los reglamentos.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_



6328 Richmond Highway, Unit F Alexandria VA 22306 | 703-765-0165 | FAX: 703-765-0166

**REGLA GENERAL HIPAA**

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

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

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.**

\_\_\_\_\_  
Por favor, escriba su nombre aquí

\_\_\_\_\_  
Por favor, firmé con su nombre aquí

\_\_\_\_\_  
**Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Descripción de la Autoridad**

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o Consentimientos: \_\_\_\_\_

**CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:**

- Sólo primer nombre       Apellido propio

Otro \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD:**

(Esto incluye padrastrs, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN VIA:**

- Confirmación al Teléfono Celular       Confirmación al Teléfono de Casa  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo       Mensaje de texto a mi Teléfono Celular  
 Confirmación por Correo Electrónico       **Cualquiera de las anteriores**

**AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SEA COMUNICADA VIA:**

- Confirmación mediante Teléfono celular       Confirmación mediante Teléfono de casa  
 Confirmación mediante Teléfono del trabajo       Confirmación mediante correo electrónico  
 **Cualquiera de las anteriores**

**YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD en representación de este Establecimiento de Atención**

Sanitaria vía: Correo electrónico

Ninguna de las anteriores (optar por no ser contactado)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

Era un tratamiento urgente: \_\_\_\_\_ No pude comunicarme con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente se negó a firmar: \_\_\_\_\_ El paciente no podía firmar porque: \_\_\_\_\_

Otro (por favor, describa): \_\_\_\_\_ Firma del Oficial de Privacidad \_\_\_\_\_ HIPAA hecho FÁCIL Todos los derechos reservados