

Responsabilidad del Paciente/Polisas de Oficina

Bienvenido a nuestra oficina. Nosotros tratamos de asegurarnos que sus necesidades se atiendan a lo mejor de nuestras habilidades, de tal modo que usted entienda nuestras polisas, tratamientos, y acuerdos de pago. Si en un momento tiene una pregunta, o no esta contento sobre su plan de tratamiento, nuestras tarifas o servicios, por favor hable con nosotros prontamente y abiertamente. Estaremos gustosos de responder sus preguntas cordialmente y a lo mejor de nuestra habilidad.

Financias

Como cortesia a usted, nosotros mandaremos el cobro a su seguridad. Su cobertura es entre usted y su proveedor de seguro. Si apela algun pago o otro, usted tendria que hablar con su seguridad. Nosotros, proveemos tratamiento dental, no somos proveedores de seguridad. La oficina le hara honor por **90 dias** el estimado que se le presento sobre su tratamiento.

Citas/Cancelaciones

Al hacer su cita nosotros nos comprometemos con usted. Porfavor recuerde que reservamos un tiempo especial para usted. Si usted necesita cambiar su cita, nuestra oficina pide que se nos de tiempo de antemano, preferiblemente 48 horas. Entendemos que emergencias ocurren, sin embargo, citas falladas o canceladas en varias veces podria resultar en un cargo de \$25 al paciente por visita, o hasta despedir el paciente de nuestra oficina.

Pedimos llegar 5 minutos antes a su cita. Hacemos todo nuestro esfuerzo para ejecutarse a tiempo. Si llega mas de 10 minutos tarde para su cita, quizas tengamos que reajustar su cita para otro dia.

Radiografias

Las frecuencias para tener radiografias depende en su historia medica, dental y condiciones actuales. Algunos quizas necesiten radiografias cada seis meses, otros quien no hayan tenido enfermedad dental o de las encias y visiten al dentista con regularidad pueden tener radiografias una vez al año o a los dos años. Si usted es un nuevo paciente y no tienes radiografias actuales, nosotros necesitaríamos tomarle radiografias como parte de su examen inicial, para establecer una base dental por la cual nos permitira comparar cambios que ocurran con el tiempo. Un documento de radiografia se tendria que firmar, si el paciente se niega rotundamente en tenerlas.

Emergencias

Trataremos de atender su emergencia lo mas pronto posible. Si no le es posible contactarnos, usted necesita buscar atencion de su medico, clinicas de urgencias or hasta de una sala de emergencia.

Firma _____ Fecha _____
(Padre o Guardian, si el menor de 18 anos)

Practica Privadas

Yo, _____, he recibido una copia de las Practica Privadas de esta oficina. Tambien entiendo que puedo recibir confirmaciones de mi cita (al igual un recuerdo para tomar medicina antes de la cita) via mensaje de maquina, telefono, tarjeta postal, o por medio de otro miembro familiar en casa. Con quien podriamos hablar sobre su salud dental? _____

Firma _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY- Para la oficina solamente

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify) _____

Signature _____ Date _____
(Employee Signature)