

# Monica Puentes, D.D.S.

## HIPAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, LOS NOMBRAMIENTOS Y LAS POLÍTICAS FINANCIERAS Y REGISTROS

### Su firma reconoce su comprensión y aceptación de los siguientes:

- **48 horas política de cancelación** - para evitar citas perdidas gastos de cancelación (25 dólares por ½ hora) por favor, proporcione 48 horas adelantado. Esto nos permitirá llenar el médico del programa.
- **Co-pago cuando se trata de servicios prestados** - todo conocido o estimado de los pagos se debe cuando se trata de servicios prestados. Nosotros le proporcionaremos una estimación de su co-pago antes o durante su visita.
- **Cargos por pagos atrasados y los cargos por intereses** - como una cortesía nuestra oficina de reclamos de seguros de sí se nos ha contratado con su proveedor de seguros. Las reclamaciones pendientes después de 90 días se convertirán en pacientes responsabilidad y equilibrio se debe a la oficina. Todos los saldos mayores de 90 días cobrarán una tasa de interés anual del 22%. Cuentas con pagos que no se le cobrará \$10 cargo por pago tardío. Los saldos pendientes después de 60 días se presentarán al organismo encargado de la recaudación.
- **Las devoluciones** - de las restituciones no será publicado bajo cualquier circunstancia, con mucho gusto te ofrecen crédito para ser utilizado en tratamientos dentales solamente. Todo el tratamiento que se le pagó con nuestra compañía de financiamiento se le cobrará el costo de procesamiento de un importe que ha de acreditarse.
- **Seguro y la información de contacto** - que son los responsables de actualizar nuestra oficina con cualquier cambio en su cobertura de seguro y/o información personal incluidos los trabajos realizados en otras oficinas, números de teléfono, dirección, cambios en el trabajo, etc.
- **Co-pago** - por nuestro contrato con su compañía de seguros, tenemos que cobrarle sus co-pagos, no hay excepciones. Por favor discutir cualquier inquietud en cuanto a las finanzas en nuestro equipo. Le ofrecemos diferentes planes de pago para que se ajuste a sus necesidades de imprenta y la relación con paciente.

### **La firma confirma la recepción de la Notificación de Privacidad y consentimiento para revelar para el tratamiento, pago u operaciones.**

Al firmar a continuación, reconozco que me han entregado con una copia (de casa a petición) de la oficina de comunicación de las Policías de Privacidad y, por lo tanto, han sido advertidos de que mi información de salud protegida puede ser usada y divulgada por la oficina y como puedo obtener acceso a esta información y control. Por otra parte, por el hecho de firmar a continuación, otorgo mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud de la oficina tal como se describe en el anuncio.

### **La firma reconoce su concesión permiso de registros médicos.**

Al firmar a continuación doy a la Drs. Monica Puentes Consultorio Dental permiso para transferir de mis rayos x y el tratamiento médico con licencia para los profesionales de la medicina con el fin de mi dental/tratamiento médico ahora y en el futuro, en mi solicitud a la Dr. Puentes (remisión a otros médicos especialistas, etc.)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/ Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta y la relación con el paciente