



Responsabilidad Del Paciente

Por favor escriba sus iniciales en Todos _____s.

Autorización para Tratamiento

_____ Autorizo al doctor o personal designado para tomar rayos X, modelos de estudio, fotografías, y cualquier otro material de diagnóstico que el doctor considere apropiado para hacer un diagnóstico dental para mí o mis dependientes.

_____ Sobre tal diagnóstico, autorizo al doctor que realice todo el tratamiento recomendado para mí o mis dependientes, el cual hemos acordado mutuamente, y de emplear tal ayuda que requiera para proveer el cuidado apropiado.

_____ Doy consentimiento del uso de medicamentos apropiados y terapia que se considere necesaria. Entiendo completamente que el uso de agentes anestésicos involucra cierto riesgo.

Consentimiento para Tratamiento de un Menor

Yo _____ declaro que soy el padre o el guardian legal del paciente, que es menor de edad, y autorizo que se le de el tratamiento mencionado anteriormente.

Firma

Fecha

Noticia de la información de practicas *(Usted puede rechazar de firmar este reconocimiento)*

_____ He leído y entiendo completamente la nota de información de prácticas de Desert Dentistry.

Nota de garantía dental

_____ He recibido una copia de la garantía dental de Desert Dentistry.

Citas Perdidas

_____ Entiendo que debo notificar 48 horas antes de alguna cita a la que no asistire. Desert Dentistry no pone cargos a pacientes por citas perdidas; sin embargo, se reserva el derecho de despedir a pacientes quienes no dan previo aviso de falta.

Poliza de financiamiento

_____ Entiendo que TODA la responsabilidad de servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes es mía. La cuenta se debe pagar al momento en que los servicios son proporcionados. Si es usada una aseguranza, el deducible tendrá que pagarse al momento que los servicios son proporcionados.

Aseguranza

_____ Entiendo que cualquier programa de aseguranza en el cual yo participo es un contrato entre mí mismo, mi empleador, y la compañía de aseguranza. Desert Dentistry no forma parte de ese contrato y sólo puede mandar reclamos de aseguranza como una cortesía a nuestros pacientes. Entiendo que todos los servicios y los honorarios no pueden ser completamente cubiertos por un portador de seguros y que al final de cuentas soy yo el responsable del pago de TODOS los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes.

_____ Entiendo que Desert Dentistry me dara un presupuesto de lo que he de pagar y lo que cubrirá mi aseguranza, pero debido a factores variables, como deducibles, máximos anuales, listas de honorarios habituales y acostumbradas, procedimientos no cubiertos y otras restricciones, esta oficina no PUEDE garantizar la cobertura.

_____ Entiendo que Desert Dentistry mandara un reclamo y llenara las formas necesarias para que yo pueda obtener la mejor ventaja de mi seguro dental. Ellos le daran 90 días para que la compañía de seguros pague. Cualquier saldo no pagado por la aseguradora despues de 90 días será transferido a mi cuenta y deberá ser cancelado en 30 días.

_____ Entiendo que cualquier saldo de la cuenta generado deberá ser cancelado en 30 días después de la fecha de facturación, y que al no cumplir con mantener mi cuenta al dia resultara en que Desert Dentistry no provea servicios adicionales. En caso de que esto suceda, acepto pagar gastos de colección y honorarios de abogado razonables incurridos en el intento de coleccionar esta cantidad o cualquier saldo futuro.

_____ Autorizo que el doctor use toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios, y que se use mi nombre y firma y cualquier otra información requerida para reclamos dentales por servicios proporcionados a mí persona y mis dependientes. Autorizo que el pago de reclamos llegue a esta oficina.

Opciones de Pago

Queremos que nuestros pacientes se sientan cómodos y que su tratamiento dental este a su alcance. Estamos dispuestos a considerar opciones de pago con usted antes de comenzar su tratamiento.

- **Efectivo o Débito** (sin seguro) (ahorra el 5 %!)
- **Credit Card**
- **Financiamiento** (prestamos de 90 día sin INTERÉS y a largo plazo con intereses)
- **Pagos de Procedimiento** (Para procedimientos que requieren citas múltiples, usted puede hacer 2 pagos iguales. El inicial se debe pagar el día que se comienza el procedimiento y el segundo se debe pagar el día que ese procedimiento sea terminado. (La negativa con este plan de pago es que no hay NINGÚN DESCUENTO.)

Entiendo la información que se ha presentado en este formulario y se que es mi responsabilidad de comunicar a su oficina cualquier cambio de la información contenida en esta forma.

Paciente _____ Fecha _____ Testigo _____

Padre o persona responsable _____ Relación con el paciente _____