

**El Reconocimiento de las Pólizas de Hintz Family Dentistry**

(Por favor, vea la parte de atrás para revisar estas pólizas.)

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo que Hintz Family

(Paciente o Nombre de Padre/Tutor, si menor de edad)

Dentistry presente reclamaciones en mi nombre con mi aseguranza y/u los terceros. Yo consiento que Hintz Family Dentistry divulga información de salud en la medida necesaria para obtener el pago y asignar los beneficios pagados por la aseguranza o los terceros directamente a Hintz Family Dentistry. En consideración a los servicios dentales proporcionados, los cesionarios abajo asignan a Hintz Family Dentistry cualquier beneficio al que los cesionarios puedan tener derecho a recibir, incluyendo sin limitación, cualquier tipo de beneficios o reclamo(s) que tengan los cesionarios bajo o de conformidad con un plan de beneficios gobernado bajo ERISA, 29 USC sec. 101 et seq.

He revisado las pólizas de Hintz Family Dentistry como aparecen en el reverso de este formulario y entiendo y acepto la responsabilidad de cooperar con estas pólizas. Yo entiendo que seré responsable de los balances financieros resultantes del tratamiento recibido, que no es pagado por mi compañía de aseguranza o cualquier agencia de terceros.

Mi firma reconoce que entiendo y acepto el acuerdo anterior.

Nombre del Paciente (Impreso)

Firma

(Paciente o Nombre de Padre/Tutor, si menor de edad)

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Reconocimiento y Recepción de las Prácticas de Privacidad**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento, pero al hacerlo, podemos negar tratamiento.

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia de la notificación de la

(Paciente o Nombre de Padre/Tutor, si menor de edad)

privacidad de Hintz Family Dentistry versión 2.0 con la fecha efectiva del 11 de Noviembre del 2015.

Nombre del Paciente (Impreso)

Firma

(Paciente o Nombre de Padre/Tutor, si menor de edad)

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Permisos de Comunicación Verbal**

Individuos que pueden recibir la comunicación de parte de Hintz Family Dentistry con respecto a usted.

Nombre	( ) - Número de Teléfono	Relación
Nombre	( ) - Número de Teléfono	Relación
Nombre	( ) - Número de Teléfono	Relación

# Las Pólizas de Hintz Family Dentistry

## Consentimiento para Tratamiento

Al firmar el reconocimiento, el firmante consiente a un tratamiento dental, incluyendo radiografías (rayos X), procedimientos de laboratorio, anestesia local, pruebas de diagnóstico, u otros procedimientos, rendidos al paciente bajo la supervisión del dentista. A pesar de que el firmante puede optar por no someterse a ciertos procedimientos específicos, sin un diagnóstico o plan de tratamiento adecuado, Hintz Family Dentistry puede negarse a tratar al paciente.

## Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar el reconocimiento, el firmante ha recibido el aviso de Prácticas de Privacidad de Hintz Family Dentistry y consiente con el uso y divulgación de su información de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. El firmante tiene derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento mediante de notificación por escrito. Sin embargo, podemos negar tratamiento al paciente si se revoca este consentimiento.

## Acuerdo Financial

El firmante está de acuerdo, si él/ella firma como agente o como paciente, que, en consideración a los servicios dentales rendidos al paciente, él/ella se obliga a sí mismo(a) de forma individual para pagar la cuenta de Hintz Family Dentistry, de acuerdo con las tarifas normales según se considere por el programa de tarifas. En caso de que se entregue la cuenta para colecciones, el firmante deberá pagar los gastos razonables del abogado y los gastos de colección. Si la cuenta de un paciente es entregada a colecciones, Hintz Family Dentistry proporcionara solamente un tratamiento de emergencia para el dolor y la inflamación hasta que la cuenta esté al día. La falta de pago por los servicios de una manera oportuna puede poner en peligro el acceso del paciente a la atención dental de rutina. Los pacientes que tienen aseguranza dental pagarán su porción estimada en el momento del servicio. Una vez que se reciba el pago de la aseguranza, el paciente será facturado/reembolsado cualquier diferencia a su cuenta.

## Menores de edad y Adultos Dependientes

Todos los pacientes menores de 18 años o adultos dependientes deben registrar el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono y número de seguro social del adulto responsable del pago. Cualquiera de los padres o tutor legal pueden ser considerados responsables por el pago del tratamiento rendido a su hijo(a) menor de edad o adulto dependiente. En el caso de un divorcio o separación, ambos padres pueden ser considerados responsables por el pago del tratamiento rendido a su hijo(a) menor de edad.

## Pago

El pago total se debe el mismo día que se proporcionen servicios. Dinero en efectivo, cheque, CareCredit, y/o tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, American Express y Discover) son aceptadas para el pago. Los cheques devueltos por falta de fondos tendrán un cobro adicional de \$25.

## Aseguranza

Toda la información de la aseguranza debe ser registrada en o antes de la cita inicial y actualiza cuando cambia la información. Los pacientes deben presentar una copia de su tarjeta de aseguranza. La petición para autorización previa puede ser enviada a su aseguranza después de la presentación de un plan de tratamiento. Esto no es una garantía de pago. Los pacientes deben iniciar la solicitud. Los pacientes que tienen aseguranza dental pagarán su porción estimada en el momento del servicio. Una vez que se reciba el pago de la aseguranza, el paciente será facturado/reembolsado cualquier diferencia a su cuenta. Como cortesía, Hintz Family Dentistry presentará su reclamo a su aseguranza o a terceros. Es su responsabilidad de saber lo que su aseguranza cubrirá/ no cubrirá antes de su cita.

## Las Cancelaciones y Citas Falladas

Si usted no puede asistir a su cita, respetuosamente requerimos un aviso de cancelación de 24 horas. Si la notificación no se administra antes de las 24 horas, la cita se considerará una cita fallada. (Si llama después del horario regular o en un fin de semana, por favor deje un mensaje de voz. Se aceptarán los mensajes de voz como un aviso de 24 horas.) Después de 3 citas falladas, el paciente no podrá fijar una cita más allá del día en curso. Al final del año, al paciente se le permitirá fijar cita una vez más para fechas futuras hasta que él/ella fallen otra cita, en el cual el paciente volverá a ser incapaz de fijar citas más allá del día en curso.