



SpringDental

| | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------|-------------------|--|
| Nombre del Paciente | | | Género H M | |
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | | |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Seguro Social | | |
| Mes / Día / Año | | | | |
| Domicilio de Casa | Ciudad | Código Postal | | |
| # Celular | # Teléfono de Casa | Correo Electrónico | | |
| Empleado Por | # Teléfono de Trabajo | | | |
| Nombre de Cónyuge (si es menor, nombre del padre) | | | | |
| # de Seguro Social de Cónyuge (Padre) | | | # Celular | |
| Nombre de Contacto de Emergencia | Relación | # Celular | | |

| | |
|--|----------------------------|
| INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL (Proveedor de Aseguranza Primario) | |
| Nombre del Asegurado | |
| Empleador del Asegurado | |
| Empresa de Seguros | |
| # Teléfono del Asegurado | Fecha de Nacimiento |
| # Seguro Social del Asegurado | |
| # Grupo | # de ID de Miembro |

POLÍTICA FISCAL Y DE LA HIPAA

¡Gracias por elegir Spring Dental como su proveedor de cuidado de la salud dental! La familia de Spring Dental es un apasionado de su salud oral. A continuación encontrará nuestra política financiera, que requerimos que lea, esté de acuerdo y firme antes de comenzar cualquier tratamiento.

Tenga en cuenta: cheques devueltos estarán sujetos a cargos. En el caso de que necesitemos utilizar una agencia de cobro y/o asistencia legal para cobrar, usted también será responsable de cualquiera de sus cargos.

Si tiene aseguranza:

-Para Su comodidad, vamos a ofrecer una estimación del seguro y le ayudaremos a procesar sus reclamaciones de seguros. Sin embargo, no hay garantía de que su compañía de seguros pagará el monto total estimado.

-Su Póliza de seguro es un contrato con usted, su empleador, y su compañía de seguros, y Spring Dental no es una parte de ese contrato.

-Su Compañía de seguros suelen pagar en el plazo de 30-60 días desde el momento de la presentación de reclamaciones. Si no pagan en 60 días, le pediremos que se ponga en contacto con ellos para ayudar a acelerar el pago. Si no se recibe el pago, o su reclamo es negado por cualquier razón, **usted es el último responsable de pagar el saldo.**

-Spring Dental se compromete a proporcionar el mejor tratamiento dental para nuestros pacientes y nuestros honorarios son los habituales para la industria y el área. Usted es responsable de acuerdo al monto acordado, independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros de las tasas de reembolso para el/los procedimiento(s)

-Nosotros Requerimos que usted pague el copago y deducibles. Usted puede pagar con dinero en efectivo, tarjeta de crédito, o una de las terceras opciones de financiación de partidos que ofrecemos.

Declaración de Cumplimiento de HIPAA

Su información médica puede ser usada en nuestra oficina para llevar a cabo la planificación y coordinación de la atención entre el personal médico, asistente dental, higienista y la oficina de negocios. Podemos incluir su información de salud con una factura utilizada para cobrar el pago por el tratamiento que recibe en nuestra oficina. Podemos hacer esto con los formularios de seguros presentados por usted en el correo o enviada electrónicamente. Su información médica puede ser revisada durante el proceso de rutina de la certificación, concesión de licencias, actividades de acreditación o auditoría para garantizar la calidad.

La comunicación con nuestros pacientes es una parte importante de nuestra filosofía. Nosotros preferimos comunicarnos con usted directamente, pero podemos incorporar el uso de mensajes telefónicos, postales y cartas. Haremos todo lo posible para respetar su privacidad y cumplir con su solicitud de confidencialidad. Si usted tiene necesidades especiales en lo que respecta a las cuestiones de privacidad, por favor póngalas por escrito para la oficina para que podamos responder a sus inquietudes.

Consentimiento:

He leído a fondo, revisado y entendido y aceptado los términos y condiciones que se enumeran más arriba. Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que el pago en última instancia por los servicios dentales prestados por Spring Dental para mí o cualquiera de mis dependientes es mío, y se debe pagar en el momento que se prestan los servicios, a menos que se hagan arreglos financieros previos. Además, entiendo que un cobro por finanzas, refacturación, honorarios de abogado, y tasa de percepción se añadirán a cualquier saldo vencido. Al firmar abajo, autorizo a Spring Dental a llamarme a cualquier número que proporcione, incluidas las llamadas o textos a los dispositivos móviles o similares para fines legales.

Firma del Paciente (Padre, si es menor de edad)

Fecha