

Iniciales _____ **Pagos Requeridos:** En las visitas de tratamiento, cobramos un porcentaje del costo total del tratamiento, determinado por un ESTIMADO de lo que su seguro cubrirá, más cualquier deducible requerido por el seguro. En caso de que su pago haya sido insuficiente, nosotros le enviaremos una factura por correo. Si resulta que haya sobre pagado, le reembolsaremos en la misma forma de pago. El saldo total del tratamiento se debe pagar en el momento en que se prestan los servicios. Para su conveniencia, aceptamos pago en efectivo, cheque personal, tarjetas de débito, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express) y CareCredit®. Pagos pueden ser en persona, por teléfono o por internet.

Iniciales _____ **Responsabilidad Financiera:** El padre o guardián que aista con el niño(a) a nuestra oficina y autorice tratamiento se hace legalmente responsable por el pago de todos los cargos. No podemos mandar facturas a terceras personas. El fiador de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo el responsable de pagar la cuenta. Después del divorcio o separación, el padre o guardián que traiga al niño(a) y autorice tratamiento se hará el/la responsable de pagar los cargos incurridos. Si el acuerdo final del divorcio requiere que el otro padre pague los costos de tratamiento completa o parcialmente, es responsabilidad del padre que autorice tratamiento cobrarle la cantidad correspondiente. Nosotros le proveeremos copias adicionales de recibos si es necesario.

Iniciales _____ **Seguro Dental: Será un placer ayudarle a facturar su seguro dental.** Por favor comprenda que su seguro dental es un contrato entre usted y su compañía de seguro dental. Mandamos cuentas de cobro al seguro como cortesía para nuestros pacientes. Favor tenga en cuenta que al padre o guardián le corresponde la responsabilidad final de pagar cualquier servicio proveído. Es su responsabilidad conocer y comprender la cobertura de su seguro dental en cuanto a máximos, frecuencias y procedimientos cubiertos y servicios no cubiertos. El acto de procesar una cuenta de cobro no garantiza el pago. Nuestras dentistas recomiendan el tratamiento adecuado basado en las necesidades de su hijo(a), no en lo que el seguro pagará. Por lo tanto, haremos todo lo posible por maximizar sus beneficios. En caso de que su seguro no haya pagado el balance de su cuenta dentro de 90 días, la deuda pendiente puede ser transferida a su cuenta. Nosotros reservamos el derecho de discontinuar o rehusar a procesar cualquier reclamación.

Iniciales _____ **Cuentas Atrasadas:** Al menos de que arreglos previos hayan sido aprobados por escrito por la oficina, el balance que aparece en su factura requiere pagarse inmediatamente. Si usted no ha pagado el balance total para la fecha indicada en la factura, la cuenta se considerará atrasada. Un cargo de \$15.00 por retraso se puede aplicar a toda cuenta atrasada más de treinta (30) días después de la fecha de la factura. Si es necesario, las cuentas que no han sido pagadas en 90 días pueden ser remitidas a una agencia colectora de pagos. Una vez que la cuenta ha sido puesta en colección, el padre será responsable de todos los gastos incurridos en el proceso de cobro, incluida una tarifa de mora de \$50.

Iniciales _____ **Facturas:** Si usted tiene alguna deuda pendiente en su cuenta, le enviaremos una factura por correo o correo electrónico. Ésta mostrará el balance previo, cualquier cargo nuevo y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta. Enviamos las facturas cada 30 días. Si desea recibir facturas de cuenta electrónicos, asegúrese de darnos una dirección de correo electrónico para que podamos enviar las facturas de cuenta electrónicamente.

Correo electronico _____

Iniciales _____ **Cheques Devueltos:** Se cobra un cargo de \$30.00 por cualquier cheque devuelto por el banco.

He leído las políticas anteriormente escritas y entiendo mis obligaciones con la oficina de Dr. J Pediatric Dentistry para el cuidado dental de mi hijo(a). Reconozco que soy responsable del pago de cualquier servicio que mi plan de seguro dental no cubra. Afirmo que mi firma representa mi acuerdo a todos los términos mencionados arriba.

Nombre Imprenta del Paciente: _____

Nombre Imprenta del Padre/Guardián: _____

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

POLITICA DE CITAS & CONSENTIMIENTO DE MEDIA

Iniciales _____ Cuando hacemos la cita para su hijo(a), ese tiempo está reservado solamente para su hijo(a). No programamos dos citas para la misma hora y estamos orgullosos de reconocer que su tiempo es valioso, como también esperamos que usted valore el nuestro, y hacemos todo lo posible por atender a su hijo(a) a la hora citada. Por esta razón, es muy importante que usted traiga a su hijo(a) a la hora señalada. **Si llegan más de 10 minutos tarde, puede ser necesario reprogramar la cita de su hijo(a).**

Iniciales _____ **Cancelación o Reprogramación de Citas:** Si no le es posible cumplir con la cita programada, se requiere un aviso previo de 48 horas antes de la cita. Comprendemos que surgen imprevistos, sin embargo, nosotros reservamos el derecho de cobrarle una fianza de \$25.00 por frecuentes cancelaciones a última hora o faltas a las citas. No asistir a tres citas consecutivas resultara en la asignación de una cita para el mismo día en que la solicite y de acuerdo a nuestra disponibilidad.

Iniciales _____ **Citas de fin de semana (Viernes/Sabado):** Por favor comprenda que debido a nuestra disponibilidad limitada para citas de fin de semana, si no se presenta o cancela el mismo día, ya no podremos ofrecer una cita de fin de semana.

Iniciales _____ Otorgo permiso para que Dr. J Pediatric Dentistry tome fotografías de mis hijos para su historia clínica, **NO** para las redes sociales. Yo entiendo que esta información no puede ser utilizada o compartida con otras personas. Libero a Dr. J Pediatric Dentistry y sus empleados de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, causas de acción y conjunto que surjan de o en conexión con los usos de estas fotografías.

Iniciales _____ Entiendo que al proporcionar mi número de teléfono a Dr. J Pediatric Dentistry, acepto recibir mensajes de texto al teléfono celular incluido en esta forma sobre recordatorios de citas, información importante y mensajes sobre mi cuenta. Es posible que su proveedor de servicio móvil le cobre tarifas por recibir mensajes y datos según su plan de servicio. Es probable que enviemos mensajes de texto utilizando un mensaje automatizado o pregrabado y puedo cancelar este servicio por escrito a Dr. J Pediatric Dentistry.

Fecha en Vigencia: Una vez que este documento haya sido firmado, significa que está de acuerdo con todos los términos y condiciones contenidos en el documento y el acuerdo se hará vigente. Esta autorización seguirá siendo efectiva a menos que se cancele mediante notificación por escrito. Yo he leído las políticas anteriormente escritas y entiendo mis obligaciones con la oficina de Dr. J Pediatric Dentistry para el cuidado dental de mi hijo(a). Yo reconozco que soy responsable del pago de cualquier servicio que mi plan de seguro dental no cubra. Yo afirmo que mi firma representa mi acuerdo a todos los términos mencionados arriba.

Nombre en imprenta del Paciente: _____

Nombre en imprenta del padre/guardian: _____

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Nombre y Apellido de TODOS los hermanos (as))

A continuación hay una lista de maneras en que nuestra oficina puede contactarle. Por favor marque todos los que apliquen. Al marcar cada caja dará permiso a nuestra oficina para dejar un mensaje tan detallado como sea necesario.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casa _____ | <input type="checkbox"/> Trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> Celular _____ | <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ |

Autorización del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Yo autorizo a Dr. J Pediatric Dentistry para que comparta cualquier información incluyendo diagnóstico e historial acerca del tratamiento ó exámenes brindados a mi(s) hijo(s) durante el periodo del cuidado dental a tercer partidos contribuyentes y/ó a otras oficinas de cuidado médico/dental. En el evento de mi ausencia las siguientes personas pueden traer a mi(s) hijo(s) a sus citas, a s mismo tendrán acceso a la información médica y financiera.

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. _____
<i>Nombre Imprenta (Relación al paciente)</i> | _____ (Número de teléfono) |
| 2. _____
<i>Nombre Imprenta (Relación al paciente)</i> | _____ (Número de teléfono) |
| 3. _____
<i>Nombre Imprenta (Relación al paciente)</i> | _____ (Número de teléfono) |

Yo, _____ certifico que me ofrecieron una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina.
(Nombre del PADRE/GUARDIAN)

_____ {Nombre del PADRE/GUARDIAN} Letra de molde	_____ {PADRE/GUARDIAN Firma}	_____ Fecha
--	---------------------------------	----------------

For Office Use Only

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Individual refused to sign | <input type="checkbox"/> An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement |
| <input type="checkbox"/> Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement | <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) _____ |