

DREAMWORKS

DENTAL & ORTHODONTICS

Forma de Consentimiento Legal a La privacidad del Paciente

Yo _____ con número de Seguro Social o Fecha de Nacimiento _____ autorizo a **Dreamworks Dental and Orthodontics** a otorgar información sobre mí tratamiento médico-dental, incluyendo mi historial médico-dental, reportes físicos, diagnósticos, radiografías así como reportes de laboratorio. Se incluire cualquier tipo de información acerca de alguna dependencia química, abusó de alcohol, enfermedades venereas como el SIDA, virus del VIH. Se incluiría el progreso en mi tratamiento y opiniones relevantes acerca del diagnostico y reportes postoperatorios ya sean de tipo patológico o radiográfico (esto incluyendo a menores de edad bajo mi cuidado). Opiniones y documentos relevantes al pasado, presente y futuro de mi condición física.

Esta forma es con el propósito de autorizar y obtener tratamiento médico-dental o pago por servicios de documento legal. Al firma esta forma doy mi autorización a **Dreamworks Dental and Orthodontics** de otorgar información sobre mi tratamiento médico-dental a cualquier institucion Medica o Gubernamental que lo requiera.

Entiendo que tengo el derecho a revisar el Consentimiento a La Privacidad otorgado a **Dreamworks Dental and Orthodontics**, pedir restricciones, analizar cualquier petición de mi historial médico-dental y a revocar o restringir esta forma en el futuro.

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____ y traspaso directamente a _____
(Nombre de las(s) Compañía(s) de Seguro)

Dreamworks Dental and Orthodontics todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mi por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo mi representación en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realice el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo que los padres o tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Yo entiendo que soy responsable por mi balance si alguno de los siguientes ocurre:

- A. _____ El tratamiento excede la cantidad que mi seguro cubre anualmente.
- B. _____ Mi seguro se niega a cualquier tratamiento.
- C. _____ No soy elegible para beneficios dentales.
- D. _____ Yo prevengo o retraso pagos del seguro al no cumplir con firmas requeridas o requisitos en formas.
- E. _____ Yo no termino mi tratamiento que da como resultado que mi seguro no pague por mi tratamiento.
- F. _____ Costos de laboratorio que se acumulen por perder mis citas.
- G. _____ Yo recibo el cheque de mi seguro de mi tratamiento y no lo mando a la oficina dental.

Si mi aseguranza no ha pagado mi reclamo después de 30 días después que se hizo mi tratamiento, es mi responsabilidad de hablar con mi seguro y ver porque no ha sido pagado y la razón por la cual mi balance se debe por completo.

Yo acepto el tratamiento que se me ha indicado y autorizo que se de cualquier información que se necesite relacionado con este reclamo dental. Yo entiendo la póliza de la oficina de **Dreamworks Dental and Orthodontics** acerca de mi seguro y mi responsabilidad por los servicios que me ofrecieron. Yo he leído y entiendo mis obligaciones para aceptar mi seguro como pago por mi tratamiento.

Firma

Fecha

Nombre en letra molde del Paciente, Padre, Tutor Legal o Representante Personal

Fecha

El pago por servicios de tratamiento dental se debe en el momento que son otorgados a menos que un arreglo previo haya sido aprobado.