UNION CITY DENTAL ASSOCIATES

Registro de Pacientes Nuevos

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Desea recibir correspondencia por Correo electrónico? (Citas, Recordatorios, etc.): SI / NO

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre / Mujer

Estado Civil : Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo / Unión Libre

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

UNION CITY DENTAL ASSOCIATES

Consentimiento para los Servicios:

Gracias por elegir Union City Dental Associates. Para servirle de la mejor manera posible, queremos tomar tiempo para explicarle el plan de cobro de nuestra oficina.

Al proveernos su seguro dental, nuestra oficina contacta su compañía de seguro y verifica sus beneficios. La información que recibimos de su compañía de seguro es **solo una estimación** de la cobertura y **no es una garantía**.

Después de ser visto en nuestra oficina, presentaremos su reclamo a la compañía de seguro directamente. Si la compañía de seguro no cubre el estimado en su totalidad, usted recibirá un estado de cuenta por correo y será responsable del saldo que reste en la cuenta.

Para pacientes sin seguro, el pago se realizará en el momento del servicio.

Los precios de los tratamientos están garantizados por un año, después de un año los precios pueden cambiar debido al aumento de los costos de los productos y los gastos comerciales.

Después de su examen inicial en nuestra oficina, se necesitan nuevos exámenes cada 6 meses para garantizar que la condición de su boca siga siendo la misma. Todas las emergencias dentales requieren un nuevo examen y radiografías para diagnosticar su condición y brindarle el tratamiento adecuado, independientemente de la fecha de su último examen. Para los pacientes sin seguro dental, se requiere un pago por cada examen. Para los pacientes con seguro dental, su seguro puede o no cubrir el costo de los exámenes adicionales, verificaremos sus beneficios antes de ser atendidos.

Existe una tarifa de cancelación de $25 para todas las citas canceladas dentro de las 24 horas de la hora de su cita. Este cargo no puede facturarse a su seguro y debe pagarse antes de ser atendido en su próxima cita.

He leído y entiendo el plan de cobro de Union City Dental Associates.

_____
Nombre del Paciente

_____
Firma del Paciente

_____
Fecha

UNION CITY DENTAL ASSOCIATES

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y SOBRE CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA. POR FAVOR LEA EL AVISO CON ATENCIÓN.

El Health Insurance Portability & Accountability Acto de 1996 ("HIPAA") es un programa federal el cual exige que toda información medica, datos demográficos que podrían identificarlo o ser usado por nosotros en caulquier forma, sea electronico, escrito, o verbalmente, sean protegidos. Este Acto le da a usted, el paciente, derecho a entender y controlar como su informacion de salud es usada. HIPAA proporciona sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud personal.

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y cumplir con los términos de este Aviso. Si firma un Formulario de consentimiento, podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento: Podemos usar y divulgar su información médica para proveerle, coordinar o gestionar su tratamiento médico o cualquier otro servicio relacionado. Por ejemplo, limpieza dental.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los tratamientos y servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, es posible que tengamos que brindar información a su seguro de salud sobre su plan de tratamiento para que puedan determinar si reúne los requisitos para obtener aprobación para el tratamiento propuesto.

Actividades de atención médica: Podemos usar o divulgar su información médica para apoyar las actividades comerciales de nuestro consultorio. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: revisar el tratamiento que recibe de nosotros, revisar el desempeño de nuestros empleados, autorizar, promocionar y recaudar fondos para actividades y realizar o coordinar otras actividades comerciales.

También podemos crear y distribuir información de salud desidentificada eliminando todas las referencias a información de identificación individual.

Podemos usar o divulgar su información médica en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización. Estas situaciones incluyen:

- Para tratamientos de emergencia. Si eso sucede, trataremos de obtener su consentimiento tan pronto como sea razonable después de administrar el tratamiento;
- Cuando las leyes federales, estatales o locales exijan la divulgación. Se le avisará de tal uso o divulgación; o
- En caso de que intentemos obtener su consentimiento, pero no lo podamos hacer debido a grandes dificultades en la comunicación y, según nuestro criterio profesional, consideremos que usted tenga la intención de brindar su consentimiento, bajo esas circunstancias.

Podemos comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Cualquier otro uso y divulgación se realizará solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y atenernos a esa solicitud por escrito, excepto en la circunstancia en que ya hayamos tomado medidas confiando en su autorización

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica, puede solicitar que parte de su información médica no sea divulgada a miembros de su familia o amigos. No estamos obligados a cumplir con su solicitud.. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acuerde por escrito eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.Tiene derecho a revisar y hacer copias de su información médica
- El derecho de enmendar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida.
- El derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros a pedido.

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionarle a las personas este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con un miembro de nuestro personal.

Al firmar esto a continuación es un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha:_____