

CERTIFICACION

A lo mejor de mi conocimiento, la información que he proveído en estas formas esta completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Doctor si hay un cambio en mi salud o en la salud del menor.

Iniciales: _____

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

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____ y traspaso directamente a Esha Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagados a mí por servicios realizados. Entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los cargos independientemente de los pagos del seguro dental. Autorizo el uso de mi firma para toda sumisión al seguro dental.

La oficina dental nombrada arriba puede utilizar la información de salud del menor/niño(a) y puede revelar esa información a la compañía del seguro dental nombrado arriba y sus agentes por el propósito de obtener pago por los servicios y para determinación de los beneficios. Este consentimiento terminara cuando el plan de tratamiento es completamente realizado o un año de la fecha escrita abajo.

Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo soy el tutor, madre o padre de _____

Y no hay ninguna orden del juzgado en efecto ahora que me prohíba firmar este consentimiento. Por lo presente, pido y autorizo que el personal dental realice los servicios necesarios para el menor indicado arriba, incluyendo pero no limitado a radiografías, y administración de anestesia para tratamientos cuales el Dentista haya aconsejados que son necesarios.

Iniciales: _____

ACUERDO FINANCIERO

Reconozco que pagos son debidos al tiempo del tratamiento, a menos que otros acuerdos son hechos. Estoy de acuerdo que padres o tutores son responsable por todos los cargos y servicios realizados para el tratamiento de un menor/niño(a). Acepto responsabilidad financiera en completo por todos los cargos por servicios o artículos entregados o realizados para mí o para el paciente. Entiendo que someter la petición a mi seguro dental no me quita la responsabilidad de los cobros o cargos.

Iniciales: _____

Firma del paciente/ tutor/ madre o padre

Fecha

Por favor imprima el nombre del paciente/tutor/madre o padre

Relación al paciente

CONFIRMACION DE RECIBO

Yo entiendo que bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act del 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos de privacidad en lo que se refiere a la protección de información relacionada a mi salud. Yo entiendo que esta información puede ser utilizada para:

1. Planificar y dirigir tratamiento, al igual para facilitar la comunicación entre proveedores múltiples cuyo involucramiento en mi área de tratamiento sea directo e indirecto.
2. Obtener pago de pagadores de tercero
3. Conducir operaciones de su cuidado de salud, como por ejemplo asesorías de calidad y certificados médicos.

Yo he recibido, leído y entendido su Aviso de Derechos de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y el acceso a mi información de salud. También entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su Aviso de Derechos de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización cuando desee para obtener una copia actualizada de su Aviso de Derechos de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan el uso de o el acceso a mi información privada para tratamiento, pago u operación de mi cuidado de salud. También entiendo que ustedes no están en obligación de acudir a mi solicitud a dicha restricción, pero que si están de acuerdo, que entonces deben respetar dichas restricciones.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del paciente (Tutor, Madre o Padre si menor) _____ Fecha _____

SOLICITUD PARA COMUNICACION CONFIDENCIAL**Comunicación por escrito:**

- Pido que las comunicaciones por escrito sean mandadas a la dirección que sometí en mi formulario de registración.
- Pido que las comunicaciones por escrito sean mandadas a la siguiente:

Attn: _____ Dirección _____

Comunicación Oral:

- Pido ser contactado(a) al teléfono que sometí en mi formulario de registración.
- Pido que nada mas me contacten al siguiente número telefónico _____
- Pido que mi salud oral y tratamiento oral sea comunicado SOLAMENTE conmigo.
- Doy permiso a Esha Dental LLC que se comunique con la(s) siguiente(s) persona(s) en respeto de mi tratamiento y salud oral

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Firma Del Paciente (Tutor, Madre o Padre si Menor) _____ Fecha _____