

OASIS FAMILY DENTISTRY

Citas

Aquí en Oasis Family Dental valoramos su tiempo por lo que puede esperar a ver que a la hora señalada y para mantener el tiempo que pasa en nuestra oficina lo más corto posible. En cambio, cuando usted hace una cita con nosotros por favor a tiempo, ya hemos reservado nuestro tiempo sólo para usted. Por favor, haga todo lo posible para no cambiar su cita. Si tiene que cambiar una cita, la amabilidad de proporcionar al alquiler de dos días hábiles de notificación anticipada de manera que podemos utilizar a tiempo para dar cabida a otros pacientes. Citas rotas y perdidas crean problemas de agenda de otros pacientes y nuestra práctica. A menos dado el aviso requerido, un cargo cita cancelada o roto de \$ 50 por hora reservada se puede aplicar.

Política Financiera

A menos que otra opción financiera está preestablecido, el pago total se debe en el día del tratamiento. Si un paciente tiene seguro dental con una asignación a los Dres. García y Gortari en el Oasis Dental Familiar, la porción estimada paciente será la cantidad adeudada ese día. Nuestra oficina está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento dental para nuestros pacientes y nos cobran lo que es normal y habitual para nuestra zona. Usted es responsable del pago de todos los cargos, independientemente de la determinación arbitraria de una compañía de seguros de las tasas normales y habituales. Con el fin de dar cabida a nuestros pacientes, Oasis Family Dental es un proveedor de la red para la mayoría de los principales seguros dentales. Por favor, asegúrese de comprobar si somos un proveedor preferido para su plan.

Opciones de Pago:

1. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque, Visa, Mastercard, Discover y CareCredit.
2. También ofrecemos financiación a corto y largo plazo. Por favor, pregunte en recepción sobre las opciones sin intereses.

Cargos adicionales: 1) Los saldos en mora durante más de 60 días, están sujetos a una tarifa de \$ 5 por mes refacturación. Cualquier cuenta que aún está pendiente será enviada a una agencia de cobros para obtener más acción de cobro y todos los costos asociados a estas colecciones actuaciones serán las del paciente o la responsabilidad de garante. 2) Los cheques devueltos tendrán un cargo de \$35 NSF.

Consentimiento General Tratamiento: Estoy de acuerdo y el consentimiento para un examen dental por el Dr. García y / o Dr. Gortari. Yo entiendo que los procedimientos adicionales de diagnóstico y tratamientos dentales pueden recomendarse y serán discutidos conmigo antes de ser hecho. Además, reconozco que no hay garantías expresas o implícitas respecto a los resultados de cualquier procedimiento o tratamiento dental realizado.

Divulgación de información: Autorizo Dr. García y / o Dr. Gortari a divulgar cualquier información relacionada con mi dentista / médico de la historia, el diagnóstico o el tratamiento de los pagadores de terceros y / o profesionales de la salud.

Asignación de Beneficios de Seguro: Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros para pagar las prestaciones directamente al Dr. Damián García y / o Dr. Lisa Gortari en el Oasis Dental Familiar.

Fotografía de lanzamiento: Autorizo Dr. Damien García y / o Dr. Lisa Gortari para tomar fotografías de mí para ayudarme a entender mejor mi condición dental actual y las posibles opciones de tratamiento.

Foto / Video de lanzamiento:

Por la presente otorgo permiso Oasis Family Dental utilizar fotografías de diagnóstico y registros de publicaciones y / o en el sitio web de la oficina, blog, Facebook y Twitter por motivos informativos o de marketing. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar, por escrito, la retirada de la foto y / o video desde el sitio web dentro de 30 días hábiles tras la recepción de la solicitud por Oasis Family Dental. Entiendo que esta foto y / o video pueden ser utilizados en publicaciones de oficinas o en un sitio web diseñado para promover los servicios dentales, así como información de la oferta y de los recursos. Al firmar abajo, reconozco mi entendimiento de lo anterior y doy mi permiso para el uso de la fotografía (s) y / o el video (s).

Decidí no liberar toda fotografía (s) o video (s) en este momento.

Yo he leído y entendido la *Política de Nombramientos, Política Financiera y Consentimiento General de Tratamiento* y voy a cumplir con las políticas de la oficina de Oasis Family Dental. Autorizo la divulgación de la información y tomar fotografías de mí como se describe anteriormente. Yo también reconozco que he recibido una copia del *Aviso de esta Práctica de Prácticas de Privacida*. También entiendo que puedo hacer cualquier pregunta que pueda tener acerca de este aviso.

FIRMA DEL RESPONSABLE : _____ **FECHA:** _____

Nombre del paciente: _____

Informacion del Paciente

Nombre del Paciente _____ Masc/ Fem ___ Casado ___ Soltero ___ Nino

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Seguro Social# _____

Email _____

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica?: _____

Información de la Parte Responsable

Quien es el Responsable: ____ Yo Mismo ____ Esposo(a) ____ Padre o Tutor

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Numero de Seguro Social: _____

Numero de Telefono: _____

Informacion de Seguro Dental**Seguro Directo**Nombre del Titular de la Póliza: _____ Es un paciente en nuestra oficina? **Si No**

Nombre de la Empresa de Seguros: _____ Numero de Seguro: _____

Num Seguro Social de Titular de la Póliza # _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Grupo# _____ Nombre del Empleador: _____

Seguro SecundarioNombre del Titular de la Póliza: _____ Es un paciente en nuestra oficina? **Si No**

Nombre de la Empresa de Seguros: _____ Numero de Seguro: _____

Num Seguro Social de Titular de la Póliza # _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Grupo# _____ Nombre del Empleador: _____

Para los pacientes con seguro dental: Los planes de seguro dental a menudo pagan menos que la tasa real de servicio por lo que el paciente o garante es el responsable de todos los servicios odontológicos prestados. El seguro dental en la mayoría de los casos es un beneficio con limitaciones y no se debe esperar que hacerse cargo de todos los costos. Estamos orgullosos aquí en Oasis Family Dental en hacer que nuestros pacientes a entender sus beneficios dentales y cómo se relacionan con sus necesidades específicas antes de comenzar cualquier tratamiento. **COMO SU SEGURO NO PUEDE GARANTIZAR LA INFORMACIÓN DE PAGO NOS PROPORCIONAN, QUE A SU VEZ NO PODEMOS GARANTIZAR EL PAGO POR SU SEGURO** y los gastos que no se paguen en su totalidad por la compañía de seguros a ser el paciente o la responsabilidad del garante.

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____ **Fecha:** _____**Nombre del Paciente:** _____