



1064 E. Main St. Suite 102., Meriden, CT 06450  
(203)634-8727 F (203)634-3643 www.cloverleafdental.com

### CONVENIO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:

Fecha:

1. **Pagos por servicios efectuados por** Cloverleaf Dental Center, LLC, se debe y se pagan por completo en el momento que los servicios dentales son efectuados, a menos que se hagan hecho arreglos específicos de pagos .
2. **Cualquier balance sin pagar después de 60 días** desde la fecha que los servicios dentales fueron efectuados, serán sujetos a cobro por intereses a razón de 18% anual.
3. **Cloverleaf Dental Center, LLC, cobra un honorario de \$50** por cancelaciones hechas en el mismo día, o menos de 24 horas antes o por faltar a la cita (No Show).
4. **En el evento que el paciente efectuó pago por cheque** y el cheque es devuelto por el Banco por cualquier razón, Cloverleaf Dental Center, LLC podrá añadir al balance por el paciente y/o persona responsable, el cargo aplicable del banco y/o un cargo por servicio de \$25.
5. **Para pacientes con seguro:** Cualquier costo compartido, tal como: co-pagos, co-aseguros y/o deducibles son responsabilidad del paciente y/o persona responsable. En el evento que los servicios no estén cubiertos, el paciente y/o persona responsable son responsables por el pago completo de estos servicios.
6. **En el evento que** Cloverleaf Dental Center, LLC, traiga cualquiera acción de cobro o recaudar pagos endeudados por servicios efectuados, el paciente y/o persona responsable será responsable por los costos de recaudación incluyendo los honorarios legales razonables y/o los costos por la agencia de cobros.

### **Autorización para Relevo de Historial Dental**

*Por la Presente, Autorización es brindada a Cloverleaf Dental Center, LLC, para someter mis reclamos directamente a mi compañía de seguros en mi favor. Yo entiendo que al firmar esta forma, estoy autorizando el relevo de mi información medico/dental para asegurar el pago de cualquier portador de seguros y que mi firma no se necesita cada vez que un reclamo es sometido. Autorizo adicionalmente a mi portador de seguros a enviar el pago directamente a favor de Cloverleaf Dental Center, LLC.*

He leído y entendido completamente todas las condiciones arriba mencionadas. Al firmar este Convenio, acepto que soy responsable por todos los pagos, cargos, y si necesario, los costos por colección de la agencia de cobros como arriba escrito.

Firma del Paciente:

Parte Responsable:



**CLOVERLEAF**  
DENTAL CENTER, LLC

1064 E. Main St. Suite 102., Meriden, CT 06450  
(203)634-8727 F (203)634-3643 [www.cloverleafdental.com](http://www.cloverleafdental.com)

**AVISO DE CONSENTIMIENTO SOBRE PRACTICAS EN PRIVACIDAD**

Entiendo que bajo el Acto Informativo en Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPPA), tengo ciertos derechos en la privacidad relacionada a la protección sobre mi información en salud. Entiendo que esta información podrá y será utilizada para:

Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento a través de los múltiples proveedores de salud, los cuales pueden estar envueltos en ese tratamiento directa e indirectamente.

Obtener pago de pagadores de terceras agencias.

Conducir tareas normales en atención a la salud como evaluación de calidad y certificados médicos.

He recibido, leído y entendido el Aviso de Practicas en Privacidad conteniendo una descripción más completa de los usos y declaración de mi información sobre salud.

Entiendo que puedo solicitar en escrito que ustedes limiten como mi información privada es utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago o tareas en atención a la salud. También entiendo que no se le exige a acceder a mis restricciones requeridas, pero si acceden, entonces se atienen a estas restricciones. Entiendo que mensajes telefónicos pueden ser enviados relacionados a resultados de pruebas y/o recordatorios de mis citas.

Nombre del Paciente:

Firma:



### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1997 (HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea en forma electrónica, escrita u oral, se mantenga confidencial. La Ley le otorga a usted, el paciente, nuevos y significativos derechos para comprender y controlar cómo se usa su información de salud. "HIPPA" proporciona sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud personal.

Según lo exige "HIPPA", hemos preparado esta explicación sobre cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento significa proporcionar, coordinar y administrar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica.

Pago significa actividades tales como obtener un reembolso por los servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobranza y actividades de mejora y utilización.

Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales de nuestra práctica, como llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente.

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

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. Puede revocar dicha autorización por escrito y debemos respetar y cumplir su solicitud por escrito, excepto en la medida 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 a la Práctica.

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo aquellas relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar, por escrito, eliminarlo.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho de modificar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de la información de salud protegida.
- El derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, previa solicitud.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer que las nuevas disposiciones de notificación sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia por escrito de una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada en esta oficina.

Usted tiene recurso si siente que se han violado sus protecciones de privacidad. Tiene derecho a presentar una queja por escrito en nuestra oficina o en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Firma del Paciente:**

**Parte Responsable:**