



CONVENIO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:

Fecha:

Gracias por elegir a Cloverleaf Dental Center LLC como su proveedor de atención médica dental. Estamos comprometidos a brindarle atención dental de la más alta calidad, para que pueda alcanzar una salud oral óptima. Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le solicitamos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento.

- 1. El pago por los servicios prestados** por Cloverleaf Dental Center, LLC, se debe pagar en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, Visa / Mastercard / Discover / American Express, Care Credit y Lending Club. También ofrecemos financiación de 12 meses sin intereses con Care Credit y Lending Club. Si su tratamiento requiere un pago que excede los \$ 1500, debe pagarse con una tarjeta de débito / crédito o con un cheque bancario o de caja.
- 2. Perdidas o citas canceladas en menos de 24 horas:** respetamos la importancia de su tiempo y trabajamos arduamente para programar citas que se ajusten a las necesidades de programación de todos nuestros pacientes. Queremos que sepa que hacemos todo lo posible para verlo a la hora de su cita programada. Creemos que un resultado exitoso para el tratamiento es el resultado de los esfuerzos combinados de usted y esta oficina. Por lo tanto, es importante cumplir con el programa de tratamiento recomendado para obtener resultados óptimos. Si debe cancelar o reprogramar una cita, le agradeceríamos que nos notifique al menos 24 horas antes de la hora programada. Las citas rotas o perdidas, o la notificación de menos de 24 horas, así como las llegadas tardías crean problemas de programación para otros pacientes, así como la práctica. Las citas se consideran reservaciones y recibirá un correo electrónico / mensaje de texto o una llamada previa a la cita como cortesía. Si no podemos comunicarnos con usted, confiamos en que mantendrá su cita reservada. Las cancelaciones tardías repetidas o las citas perdidas nos obligarán a reservar dos veces su cita e instituir una tarifa de \$ 50 con nuestro personal clínico general o \$ 150 para nuestro especialista, y posiblemente un despido de la práctica. Pedimos su cuidadosa consideración con respecto a este asunto. A cambio, nos comprometemos a brindarle la mejor atención dental.
- 3. Cheques devueltos:** En el caso de que el paciente envíe el pago con cheque y sea devuelto por el Banco por cualquier motivo, Cloverleaf Dental Center, LLC puede aumentar el saldo adeudado por el Paciente o la Parte Responsable. / o una tarifa de servicio de \$ 25.
- 4. Para pacientes con seguro:** si tiene beneficios de seguro, como cortesía para usted, le pedimos que pague el deducible o el copago estimado en el

momento del servicio. Como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos las reclamaciones de seguro para usted; sin embargo, su seguro es un contrato entre su empleador, el seguro y usted. Todos los pacientes son financieramente responsables de sus cuentas. La compañía de seguros es responsable ante el paciente. Queremos enfatizar que, como su proveedor de atención dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de los beneficios de su seguro. Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudarlo a pagar la reclamación. Si surgen problemas para que se pague una reclamación, las preguntas específicas deben dirigirse a su compañía de seguros o a su empleador. Generalmente, los pagos de seguro se reciben dentro de los 30 a 60 días a partir de la fecha de presentación. Si su compañía de seguros no ha efectuado el pago en un plazo de 45 días, es posible que le solicitemos que se comunique con su compañía de seguros para asegurarse de que se espera el pago. Si no se recibe el pago dentro de los 90 días a partir de la fecha de presentación, o si se rechaza su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento. Si recibimos algún pago de su compañía de seguros después de que haya pagado la factura en su totalidad, le enviaremos los pagos directamente a usted.

- 5. Recuperación de cobro:** Cualquier saldo pagado después de 60 días, puede estar sujeto a una tasa de interés anual del 18%. En el caso de que Cloverleaf Dental Center, LLC, lleve a cabo alguna acción para cobrar el pago adeudado por los servicios prestados, el Paciente y / o la Parte Responsable serán responsables de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de abogados, los intereses y / o los honorarios de la agencia de cobro.

Autorización para la divulgación de registros dentales

Por este medio, se otorga autorización a Cloverleaf Dental Center, LLC para que presente mi reclamo directamente a mi compañía de seguros en mi nombre. Entiendo que al firmar este formulario, estoy autorizando la divulgación de mi información médica / dental y de facturación para garantizar el pago de cualquier compañía de seguros y que no se necesita mi firma cada vez que se presenta un reclamo. Además, autorizo a mi compañía de seguros a reenviar el pago directamente a Cloverleaf Dental Center, LLC. También leo, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores con respecto a la política financiera y de nombramiento para esta práctica.

Firma del paciente o parte responsable:

Fecha:



CLOVERLEAF
DENTAL CENTER, LLC

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