

CHARLES C. NUNNALLY, D.D.S.
DENTAL DEPOT
3326 FOREST LN.
DALLAS, TEXAS 75234
PH. (972)488-2123/FAX (972)243-3690

PÓLIZA DE ASEGURANZA Y RETRIBUCIÓN

NOSOTROS NOS ENCARGAMOS DE PROCESAR TODA LA INFORMACION REQUERIDA POR SU ASEGURANZA COMO CORTESIA A NUESTROS PACIENTES.. CUANDO LA ASEGURANZA NO CUBRE SU TRATAMIENTO AL 100% USTED ES RESPONSABLE POR PAGAR LA DIFERENCIA EL DIA DE TRATAMIENTO A MENOS QUE UN ACUERDO DE PAGOS A SIDO ARREGLADO ANTES DE EMPEZAR TRATAMIENTO. LA PÓLIZA DE SU ASEGURANZA ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU COMPAÑIA DE ASEGURANZA. FAVOR DE TOMAR EN CUENTA QUE USTED ES COMPLETAMENTE RESPONSABLE POR SU PAGO. SU ASEGURANZA NO TIENE LA TENTATIVA DE CUBRIR TODO SUS GASTOS DENTALES. ES SU RESPONSABILIDAD DE PAGAR EL DEDUCIBLE, EL PORCENTAGE DE SU TRATAMIENTO, O EL RESTO DEL BALANCE QUE NO ES PAGADO POR SU ASEGURANZA. PARA SU CONVENENCIA, ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTER CARD, Y DISCOVER. TAMBIEN ACEPTAMOS FINANCIAMIENTO POR DENTAL FEE PLAN. (PARA MAS INFORMACIÓN PREGUNTENOS)

PÓLIZA DE CITAS

EL TIEMPO RESERVADO PARA USTED ES IMPORTANTE. COMO CORTESIA, LE HABLAREMOS PARA RECORDARLE DE SU CITA. FAVOR DE AVISARNOS DE SU CANCELACIÓN 24 HORAS ANTES DE SU CITA PARA EVITAR UN CARGO DE \$35.00 POR FALTAR A SU CITA O POR NO AVISAR DE SU CANCELACIÓN A TIEMPO. SI FALTA A SU CITA LOS SABADOS HAY UN CARGO DE \$50.00.

YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA PÓLIZA

FIRMA _____

FECHA _____

PACIENTE O GUARDIAN

AVISO DE PRIVACIDAD EN NUESTRO CONSULTORIO

Yo entiendo que bajo la LEY DE LA PORTIBILIDAD DE ASEGURANZA DE SALUD Y RESPONSABILIDAD DE 1996 (*HEALTH INSURANCE PORTABILITY & ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 O "HIPAA"*), Yo tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Yo entiendo que ésta información puede ser y sera usada para:

- Conducir, planear, y directar mi tratamiento y revision entre los proveedores del cuidado de salud quienes pueden ser implicados en el tratamiento directamente o indirectamente.
- Guiar operaciones del cuidado medico como la calidad del trabajo y certificaciones de los medicos.
- Obtener pago de la aseguranza

Yo he recibido, leído y entiendo el Aviso de Privacidad que contiene una descripcion mas completa de los usos y accesos de mi informacion de salud. Yo entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su Aviso de Privacidad de tiempo a tiempo y que puedo contactarlos por correo o teléfono para obtener una copia del Aviso de Privacidad. Yo entiendo que puedo pedir por escrito que usted restringe cómo mi información privada es usada para llevar a cabo mi tratamiento, pago, o operaciones del cuidado de salud. Yo también entiendo que no es requerido que ustedes coincidan a mis restricciones, pero si estan de acuerdo, es su deber seguir mis restricciones.

Nombre del Paciente _____

Relación al Paciente _____

Firma _____

Fecha _____

USO POR LA OFICINA SOLAMENTE

YO INTENTE EN OBTENER UNA FIRMA DEL PACIENTE PARA ESTE AVISO DE PRIVACIDAD PERO NO FUE POSIBLE POR LA RAZÓN IDICADA ABAJO:

Fecha _____ Iniciales _____ Razón _____