



Phone: (914) 941-2200

Chilmark Dental P.C.

15 Pleasantville Rd.
Ossining, NY 10562

Fecha De Nacimiento: Numero De Social:

Nombre:

Calle : Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Telefono Hogar: Trabajo: Celular:

Referido Por:

Medico: Direccion: Telefono:

Dentista: Direccion: Telefono:

Nombre y Telefono en caso de una Emergencia:

Que sepa usted, padece usted o ha padecido usted alguna vez de lo siguiente

Table with 3 columns: Condition, SI / NO, and another SI / NO. Conditions include Asma, Bronquitis, Glaucoma, Diabetes, Alta presion, Baja presion, Hepatitis, Convulsiones, Fiebre Reumatica, Alergia, Enfermedad del Corazon, Doleres del Pecho, Enfermedad de los Pulmones, Enfermedad de los Rinones, Problemas con la Quijada, Problemas de la Sangre, Sangra mas de lo normal, Enfermedad Venerea, Herpes, Sida, and Es Alergico/a a lo siguiente (Penicilina, Codeina, Novocaina, Otro Medicamento).

Esta usted tomando algun tipo de medicamento?
Esta usted bajo el cuidado de un medico?
Ha sido usted hospitalizado/a en los ultimos cinco anos?
Se considera usted en buena salud?
Mujeres Solamente: Esta Udsted Encinta?

Consentimiento para tratamiento:

Yo concedo autoridad a los doctores en Chilmark Dental PC y su personal que ejecuten los procedimientos del sean necesarios con el diagnostico y tratamiento de mi condicion. Incluyendo, pero no limitandose a los (rayos x) radiogram examines adicionales.

Yo certifico que toda la informacion dada es correcta.

Fecha: Firma: (Madre/Padre Si paciente es Menor)

Tiene usted algun seguro o beneficios de union que cubran su tratamiento?

Nombre del miembro de la poliza: Relacion:

Numero de seguro social del miembro: Fecha de nacimiento del miembro

Tiene usted o su esposo/a otro seguro cual pueda cubrir su tratamiento dental?

Paciente

Esposo/a



CHILMARK DENTAL P.C.

Payment & Financial Agreement

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención dental posible. Nuestras tarifas reflejan nuestro compromiso profesional con la excelencia. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política financiera y de pagos. Ofrecemos los siguientes métodos de pago:

- **pago total** debe realizarse en el momento del servicio, efectivo, cheque, tarjeta de débito, MasterCard y Visa Se aceptan.
- Para los pacientes con seguro, aceptamos el pago directamente de la compañía de seguros, si es asignable. Requiere que se paguen las cuotas deducibles y no cubiertas en cada visita. Haremos todo lo posible para calcular estas tarifas antes de que deje nuestra oficina. Hasta que recibamos la explicación de los beneficios de su compañía de seguros, no conocemos las tarifas reales y es posible que se deban pagar tarifas adicionales. Recibirá un estado de cuenta de nuestra oficina indicando el monto pendiente.
- Colaboramos con Lending Tree para una opción de financiación. Las solicitudes se pueden completar en línea en www.lendingtree.com. Si se aprueba, imprima la aprobación con nuestro número de cuenta y tráigala a su cita.
- Cualquier padre / tutor que traiga a un niño a nuestra oficina es legalmente responsable del pago de todos los servicios prestados. No facturamos a los padres individuales por el del niño copago.
- Ofrecemos un plan de descuento dental interno a pacientes sin seguro. Si está interesado en obtener más información, comuníquese con la recepción.
- Para su comodidad, brindamos a los pacientes la opción de autorizar el uso de su tarjeta de crédito. Estas autorizaciones permiten a Chilmark Dental PC cobrar en la tarjeta de crédito de un paciente los copagos impagos o los saldos de cuenta en nuestra oficina sin su presencia, pero solo después de su consentimiento.

Información importante sobre sus beneficios dentales:

- Su programa de beneficios dentales es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Esta oficina presenta su seguro como cortesía para usted.
- No todos los servicios dentales son un beneficio cubierto en todos los contratos. Es su responsabilidad conocer sus beneficios.
- **Tú** (no la compañía de seguros) son responsables ante nosotros de todos nuestros honorarios por los servicios prestados a usted.
- Seun **ESTIMADO** daráde los beneficios que se espera que pague la compañía de seguros. Recuerde que esto es solo una **ESTIMACIÓN** y que el costo real puede variar.
- **CITA ROTO / PERDIDA:** Reserve un horario específico con el dentista o higienista para realizar y brindarle la atención que necesita. Estos horarios programados se planifican para su conveniencia y tienen un gran valor. Requerimos un 24 aviso de horas para cancelar o reprogramar su cita, si es 24 no se da aviso con horas de anticipación se cobrará una tarifa de \$45.00.
- Si su cuenta se envía a un tercero para la cobranza, usted será responsable de todas las tarifas de cobranza.

**Reconozco que he recibido y aceptado las Políticas financieras y de pago de Chilmark Dental PC.
Paciente o responsable:**

Firma

Fecha

(POR FAVOR DÉ LA VUELTA Y LLENE EL OTRO LADO)

Autorización de tarjeta de crédito

Autorizo a Etta J. Lobel, DMD de Chilmark Dental PC a cargar mi tarjeta de crédito de la siguiente manera:
Seleccione su tipo de autorización preferido:

Autorización continua: Chilmark Dental PC mantendrá esta información en un archivo seguro para cubrir cualquier saldo de cuenta impago, (Los pacientes serán notificados antes de que la tarjeta de crédito sea cargado).

Unatiempo Autorización: Chilmark Dental PC usará esta información **una vez** para cubrir los saldos pendientes de pago después del pago del seguro para el tratamiento de fecha _____ través _____

Cita rota / perdida: Chilmark Dental PC utilizará esta información en caso de citas rotas, perdidas o reprogramadas sin previo aviso para cubrir la tarifa de \$ 45.00. Se notificará a los pacientes antes de que se cargue la tarjeta de crédito.

Plan de pago mutuamente acordado: si los pacientes requieren arreglos financieros en la forma de un plan de pago para cubrir el costo del tratamiento, Chilmark Dental PC coordinará los cargos mensuales automáticos de la tarjeta de crédito según su solicitud. (Los montos acordados pueden variar según el costo del tratamiento. Los planes de pago no se aplicarán a los preventivos procedimientos / o básicos)

Cargue \$ _____ en o después del _____ de cada mes por:

01 mes

02 meses

03 meses

(cargo final también puede cubrir cualquier saldo impago en la cuenta, que puede ser una cantidad mayor que la cantidad indicada anteriormente).

Rechazo: No deseo que Chilmark Dental P.C. para mantener archivada mi tarjeta de crédito.

Información de la

tarjeta de crédito: Tarjeta de crédito: Visa MasterCard

Tarjeta#: _____

Fecha de vencimiento: _____ / _____ Código CVV: _____

Firma del titular de la tarjeta _____ Nombre en letra de imprenta _____

Dirección de facturación / código postal: _____

mucho gusto discutiremos su tratamiento dental propuesto y responderemos cualquier pregunta que pueda tener sobre la participación de su programa de beneficios dentales. Apreciamos la oportunidad de servirle y le agradecemos por ser una parte importante de nuestra familia Chilmark Dental PC.

Paciente o parte responsable: _____ **Fecha:** _____

Chilmark Dental, P.C.

15 PLEASANTVILLE ROAD
OSSINING, NY 10562



(914) 941 -2200

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

Yo, (impresión) _____ recibido una copia de
este aviso de los office's de las prácticas de la aislamiento.

Firma

Fecha

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y continuará vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, médico u otro especialista médico que le dé tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejora, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejoras, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

Acerca de su autorización: Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

A su familia y amigos: Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no está presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándonos en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que más le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de lo que más le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Recuperación de desastres: Podemos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

Beneficio público: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés o beneficio público:

- según lo exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato doméstico;

- a agencias supervisoras de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a oficiales de policía en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a víctimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestro recinto, informar crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a investigadores, médicos forenses y agentes funerarios;
- a organizaciones de consecución de órganos;
- para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad,
- en relación con ciertas actividades de investigación;
- a las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones correccionales en cuanto a reos; y
- según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores del estado.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

Divulgaciones efectuadas: Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril de 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

Restricción: Usted tiene derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptemos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

Otros tipos de comunicación: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo pagará por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

Enmienda: Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- podemos haber violado sus derechos de privacidad,
- tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente,
- nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares,

puede dirigirse a nosotros usando la información indicada más abajo. Puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) si la solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Contacto de la oficina del proveedor: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____