

WEST COBB DENTAL STUDIO

Acuerdo de Pago/ Consentimiento para Servicios

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Estoy de acuerdo en que soy responsable de todos los servicios prestados al Paciente y que el pago es debido y pagadero a West Cobb Dental Studio en el momento en que se prestan los servicios. Asimismo, entiendo que las pólizas de seguro de salud, dental y de accidentes son un acuerdo entre mi compañía de seguros y yo. Acepto pagar todos los deducibles y copagos en el momento del servicio (si tengo doble cobertura de seguro, mi copago o deducible se basará en la cobertura primaria). Entiendo que, aunque West Cobb Dental Studio presentará reclamaciones a mi compañía de seguros en mi nombre, sigo siendo responsable ante West Cobb Dental Studio por cualquier monto no cubierto por mi aseguradora. También entiendo que West Cobb Dental Studio no puede verificar la elegibilidad de mis beneficios de seguro antes del tratamiento, pagaré la totalidad de los servicios en el momento en que se presten.

Entiendo que West Cobb Dental Studio puede cobrar:

1. un cargo por pago tardío si no se recibe el pago de mi cuenta antes de la fecha de vencimiento;
2. un monto de \$35.00, sin exceder el máximo permitido por la ley, por cada cheque devuelto, y
3. una tarifa por cada cita que se pierda o cancele sin al menos 24 horas de aviso previo.

Acepto, en la medida permitida por la ley, que si el saldo de mi cuenta es referido a alguna agencia o abogado(s) para fines de cobranza, pagaré los honorarios razonables del abogado y cualquier gasto o costo relacionado con el proceso de cobro, incluidos los costos judiciales. Entiendo que si el tratamiento o la atención se suspenden en cualquier momento por parte del paciente, todas las tarifas por los servicios profesionales prestados serán inmediatamente exigibles y pagaderas.

PARTE RESPONSABLE:

Nombre Completo: _____ Casado (a) Soltero (a) Dependiente Otro: _____ (circule uno)
Numero De Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Seguro Primario:

Nombre del Asegurado: _____ El asegurado es un paciente? **Sí** o **No** (circule uno)

Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ SS#: _____ # de Grupo: _____

Nombre de Empleador: _____

Nombre del Plan de Seguro y Dirección: _____

(Nombre)

_____ (Dirección)

Seguro Secundario:

Nombre del Asegurado: _____ El asegurado es un paciente? **Sí** o **No** (circule uno)

Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ SS#: _____ # de Grupo: _____

Nombre de Empleador: _____

Nombre del Plan de Seguro y Dirección: _____

(Nombre)

_____ (Dirección)

Relación del paciente con el asegurado (circule uno): **Ser** **Esposo(a)** **Niño(a)** **Otro:** _____

Por la presente autorizo a West Cobb Dental Studio a administrar los medicamentos y realizar los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos que sean necesarios para una adecuada atención dental.

Concedo el derecho a West Cobb Dental Studio de divulgar mi historial dental/médico y otra información relacionada con mi tratamiento dental a compañías aseguradoras y a otros profesionales de la salud.

Autorizo a usted o a su designado a llamarme o enviarme mensajes de texto a cualquiera de los números que he proporcionado para tratar asuntos relacionados con mi tratamiento y citas, a menos que especifique lo contrario. He proporcionado números de teléfono y dirección correctos a la oficina y recibiré un recordatorio de cortesía a los números que he proporcionado. Es mi responsabilidad confirmar y asistir a mis citas según lo programado.

La información que he proporcionado en este formulario es correcta según mi leal saber y entender.

He leído las condiciones anteriores sobre tratamiento y pago, y estoy de acuerdo con su contenido.

Reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio. Acepto que una fotocopia de esta autorización sea tan válida como el original.

Firma de la Parte Responsable: _____ Fecha: _____

