



JORGE O. CORDOVA INC.

PÓLIZA FINANCIERA

¡Gracias por elegirnos para proporcionar su tratamiento dental! El siguiente es un mensaje sobre nuestra póliza financiera. Si tiene alguna duda sobre el contenido de este documento favor de preguntarle a algún miembro de nuestro personal.

SEGURO DENTAL: Participamos de los siguientes seguros dentales: Cigna PPO, Delta Dental (Premier or POS), Guardian PPO, Tricare, United Concordia, DH (AETNA PPO), Dentemax, Connection Dental (GEHA), Mavarest Dental, Anthem PPO 100/200/300, Ameritas PPO (Principal), Solstice, y MetLife PDP. A pesar estimar sus beneficios, no nos hacemos responsables por su exactitud. El conocimiento de los beneficios del seguro dental es SU responsabilidad. Recibir nuestros servicios es indicación de su aceptación de la responsabilidad por pagar, independientemente de nuestro estimado. Cuotas por servicios no cubiertos por su plan, deducibles y co-pagos son debidos al momento de tratamiento. Para pacientes sin seguro dental, pago completo es requerido al momento de tratamiento.

POLIZA DE PAGO: Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débitos, la mayoría de tarjetas de crédito y CareCredit. Un recargo de \$30.00 será impuesto por cada cheque devuelto.

PACIENTES MENORES: El padre o guardián legal acompañando a un menor es responsable por el pago completo del tratamiento. En el caso de un divorcio o separación, el padre acompañando el niño/a es responsable por los pagos, sin EXCEPCIÓN.

COBROS: **En el evento de que mi cuenta ser referida a una agencia de cobros, entiendo que soy responsable por un cargo de cobro de 30%, más el balance de mi cuenta.** Entendemos que problemas financieros temporeros pueden afectar la puntualidad de sus pagos. Le exhortamos comunicarse con nuestra oficina de inmediato para así poder asistirle con su cuenta.

CITAS PERDIDAS: Citas perdidas impiden a otros pacientes de recibir el cuidado dental que merecen y el tiempo que necesitan. **Un recargo de \$50.00 será impuesto por perder una cita sin cancelar y por todas citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación.** Nos reservamos el derecho de terminar toda relación de cuidado profesional con un paciente que consistentemente pierde sus citas.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION: Yo autorizo mi tratamiento dental y/o el tratamiento dental de mi hijo/hija menor de edad y acuerdo a pagar todos los cargos del mismo. He leído y entiendo este documento en su totalidad y por la presente, acuerdo a las pólizas detalladas en este documento previsto por Jorge O. Cordova Inc. / JC Dental.

Yo autorizo que cargue los pagos a mi tarjeta de crédito listada al seguir:

Amex/Discover/MC/Visa Number _____ **Exp.** _____

Completada por:

Nombre: _____ **Es usted legalment responsable por este menor? Si/No**

Firma: _____ **Fecha:** _____



JORGE O. CORDOVA INC.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL

Yo, _____, autorizo a los doctores y su equipo dental a realizar una examinación oral, una prophylaxis (limpieza) dental y una aplicación rutinaria tópica de fluoruro (de ser necesaria). Radiografías dentales pueden ser necesarias, de acuerdo con las directrices establecidas por la Asociación Americana Dental) para completar el diagnóstico de la condición oral. De ser necesario un plan de tratamiento, yo autorizo a los doctores a escoger y emplear las técnicas y asistencia que consideren necesarias durante el tratamiento. Yo entiendo que yo tengo el derecho a ser previsto con respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso de la diagnosis y tratamiento.

Entiendo que estoy libre a revocar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento, y que este consentimiento será efectivo hasta que yo disponga terminarlo.

La naturaleza y los riesgos de los procedimientos han sido explicados por entero y yo los entiendo. Yo reconozco que la practica de odontología no es una ciencia exacta y que no me han hecho garantías referente a los resultados de dichos procedimientos

Nombre: _____ Es usted legalmente responsable por este menor? Si/No

Firma: _____ Fecha: _____



JORGE O. CORDOVA INC.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da consentimiento al uso y divulgación de su información de salud para el propósito de realizar tratamientos, opciones de pago y otras operaciones relacionadas al cuidado de su salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmar este formulario. El Aviso explica el grado hasta donde es permitido utilizar su información. Le exhortamos a que lea ese documento cuidadosamente antes de firmar este formulario.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad según descritas en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. De ocurrir algún cambio, a usted se le proveerá con una copia del documento nuevo. Esos cambios pueden aplicar a cualquier tipo de información que mantengamos en nuestros archivos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier tiempo por contactarse a la oficina al (973) 627-2121, por correo electrónico al receptionjcdental@yahoo.com, o por fax a (973)-627-2088. Solicitudes por correo pueden ser enviadas a: Jorge O. Cordova, Inc, P.O. Box 318, Rockaway, NJ, 07866.

Derecho de Anulación: Usted tiene el derecho de anular este Consentimiento en cualquier momento siempre y cuando seamos notificados por escrito. Entiéndase que esta anulación no afectará cualquier tipo de acción tomada antes de recibir esta notificación de anulación y que reservamos el derecho de negar el proveerle tratamiento basado en este consentimiento, por no firmar este consentimiento o al momento de firmar la anulación de este consentimiento.

Firma

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, le doy consentimiento a su oficina a utilizar y divulgar mi información de salud según las especificaciones del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento ha de ser firmado por un representante personal del parte del paciente, por favor de completar lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación al Paciente: _____