

MATTHEW H. QUINLIVAN, D.D.S. Y ASOCIADOS

149 W. Chatham St Cary, NC 27511 ~ Tel (919) 467-8111 ~ Fax (919) 463-0105 ~ Correo Electronico: drq@drqdds.com

www.drqdds.com

BIENVENIDOS AL LA OFICINA DE EL DR. QUINLIVAN

Estamos encantados de contar con usted como nuestro paciente. Nuestro objetivo es ofrecerle la atención de más alta calidad que se merece. Haremos que su visita al dentista sea lo más agradable posible. Es nuestra meta ayudar a alcanzar y a mantener una salud oral óptima. Para su mayor comodidad contamos con las siguientes opciones de pago:

1. 10% descuento con pago en efectivo.
2. Tarjetas de Credito: Discover, Master Card y Visa.
3. Financiación: CareCredit
4. **No se aceptan cheques personales.**

POLIZA DE OFICINA

El pago es requerido en su totalidad al momento del servicio.

Procesaremos su seguro dental como un servicio de cortesía para usted.

Nos aseguramos de ayudarle a obtener sus máximos beneficios de seguros, sin embargo, independientemente de lo que paga a sus planes de seguro, **usted es responsable de todos los honorarios**, no su compañía de seguros. Esta diferencia debiera ser pagada en su totalidad, dentro de los 60 días de la fecha de servicio, o se enviará automáticamente a una agencia de cobros. Usted debiera tener su tarjeta de seguro, identificación con foto, y el co-pago (si usted está utilizando el seguro al momento de su cita). Si usted no tiene todos estos requisitos, por desgracia, nos veremos obligados a cambiar su cita.

El Tratamiento para los Niños: Un adulto debe acompañar a todos los menores de edad, de lo contrario nos veremos obligados a cambiar su cita. A los menores de edad no se les permitirá estar sin vigilancia en la sala de espera. El adulto que acompaña al menor es responsable del pago.

Los padres que utilizan el seguro para sus hijos; son responsables del balance por cuenta de su hijo, en el caso de que la compañía de seguros paga menos de la cantidad o el tratamiento estimado que no está cubierto por las limitaciones, exclusiones o períodos de espera, usted es responsable de todos los gastos no compañía de seguros.

Solicitamos 48 horas de anticipación, para reprogramar las citas. Si no lo hace, se cobrara una cuota de \$ 50.00 para las citas con la higienista, y \$150.00 para las citas de restauración de multa respectivamente.

Yo estoy de acuerdo para asignar mis beneficios de seguro dental con el Dr. Matthew H. Quinlivan, DDS

Yo estoy de acuerdo que soy totalmente responsable por el monto total a pagar, para todos los procedimientos realizados en esta oficina: En el caso de que mi compañía de seguros paga menos de la cantidad o el tratamiento estimado no está cubierta por las limitaciones, exclusiones o períodos de espera; yo soy responsable de mi saldo de la cuenta, y no mi compañía de seguros.

Con mi firma certifico que he leído y estoy de acuerdo con las disposiciones financieras establecidas anteriormente.

PRINT: Nombre de Paciente

Fecha de Hoy Dia

Firma

PRINT: Nombre de Padre (Si El Paciente es menor de edad) _____

Si no es Padre cual es su relación al Paciente: _____

MATTHEW H. QUINLIVAN, D.D.S. Y ASOCIADOS

149 W. Chatham St Cary, NC 27511 ~Tel (919) 467-8111 ~Fax (919) 463-0105 ~Correo Electronico: drq@drqdds.com

www.drqdds.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación proporciona una descripción de los usos y divulgaciones, de la información de salud, y asuntos importantes acerca de su información de salud. Una copia de nuestro aviso se publica en la pared de nuestra zona de recepción.

Al firmar esta forma usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, _____ he revisado y/o he recibido aviso de prácticas de privacidad de esta oficina y estoy dando consentimiento para usar y divulgar mi información para llevar a cabo el tratamiento, en contacto con el Comisionado de Seguros en nombre mío, actividades de pago y llevar a cabo operaciones de atención médica en mi nombre.

Firma

Nombre de Padre (Al caso que Paciente es menor de edad)

Fecha de Hoy Dia

Relación al Paciente _____

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito. La revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en el consentimiento antes de recibir su revocación. Podemos negarnos a tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento. Usted puede obtener una copia por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.