



Harvest Dental Farmersville
1704 W Audie Murphy Pkwy, Farmersville,
TX 75442
(469) 812-7100
harvestdentaltexas.com/

FORMULARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre:		Género:	
Nombre Preferido:		Fecha de Nacimiento:	
SSN #:		Estado civil:	
Fuente de Referencia:		Empleador:	
Referido por:		Ocupación:	

Información de Contacto Información de Dirección

Teléfono móvil:		Teléfono móvil:	
Teléfono de casa:		Ciudad:	
Correo electrónico:		Estado:	
		Código Postal (ZIP):	

Contacto de Emergencia Información de Trabajo

Nombre completo:		Dirección:	
Número de teléfono:		Ciudad:	
Relación:		Estado:	
		Código Postal (ZIP):	

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

CONSENTIMIENTO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

DERECHOS DEL CLIENTE Y AUTORIZACIONES HIPAA

Lo siguiente especifica sus derechos sobre esta autorización bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, según se modifique de vez en cuando ("HIPAA").

1. Informe a su proveedor si no comprende esta autorización, y el proveedor se la explicará.
2. Usted tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto: (a) en la medida en que la información ya se haya compartido en base a esta autorización; o (b) esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Para revocar o cancelar esta autorización, debe presentar su solicitud por escrito al proveedor en la siguiente dirección: 1704 W Audie Murphy Pkwy, Farmersville, TX 75442:
3. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa a firmar no afectará su capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o su elegibilidad para beneficios. Sin embargo, se le puede exigir que complete este formulario de autorización antes de recibir tratamiento si ha autorizado a su proveedor a divulgar información sobre usted a un tercero. Si se niega a firmar esta autorización y ha autorizado a su proveedor a divulgar información sobre usted a un tercero, su proveedor tiene derecho a decidir no tratarlo o aceptarlo como paciente en su práctica.
4. Una vez que la información sobre usted salga de esta oficina de acuerdo con los términos de esta autorización, esta oficina no tiene control sobre cómo será utilizada por el destinatario. Debe ser consciente de que en ese momento su información puede dejar de estar protegida por HIPAA. Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede divulgarse a otras personas o instituciones y ya no estar protegida por estas regulaciones.
5. Usted puede inspeccionar o copiar la información dental protegida que se utilizará o divulgará bajo esta autorización. Usted no tiene derecho de acceso a la siguiente información dental protegida: notas de psicoterapia, información compilada para procedimientos legales, resultados de laboratorio a los que la Ley de Mejora de Laboratorios Clínicos ("CLIA") prohíbe el acceso o información en poder de ciertos laboratorios de investigación. Además, nuestro proveedor puede denegar el acceso si el proveedor cree razonablemente que el acceso podría causarle daño a usted o a otra persona. Si se deniega el acceso, puede solicitar una segunda opinión a un profesional de la salud con licencia a su cargo.
6. Si esta oficina inició esta autorización, debe recibir una copia de la autorización firmada
7. Instrucciones especiales para completar esta autorización para el uso y divulgación de Notas de Psicoterapia. HIPAA proporciona protecciones especiales a ciertos registros médicos conocidos como "Notas de Psicoterapia". Todas las Notas de Psicoterapia registradas en cualquier medio por un profesional de salud mental (como un psicólogo o psiquiatra) deben ser conservadas por el autor y archivadas por separado del resto de los registros médicos del cliente para mantener un estándar de protección más alto. Las "Notas de Psicoterapia" se definen bajo HIPAA como notas registradas por un proveedor de atención médica que es un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión de consejería privada o una sesión de consejería grupal, conjunta o familiar y que están separadas del resto de los registros médicos del individuo. Se excluyen de la definición de "Notas de Psicoterapia" lo siguiente: (a) prescripción y monitoreo de medicamentos, (b) horas de inicio y finalización de la sesión de consejería, (c) las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, (d) los resultados de las pruebas clínicas, y (e) cualquier resumen de diagnóstico, estado funcional, el plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. Excepto por circunstancias limitadas establecidas en HIPAA, para que un proveedor médico divulgue "Notas de Psicoterapia" a un tercero, el cliente que es el sujeto de las Notas de Psicoterapia debe firmar esta autorización para permitir específicamente la divulgación de las Notas de Psicoterapia. Dicha autorización debe ser separada de una autorización para divulgar otros registros dentales.
8. Usted tiene derecho a una contabilidad de las divulgaciones de su información dental protegida por parte del proveedor o sus asociados comerciales. El período máximo de contabilidad de divulgación es de los seis años inmediatamente anteriores a la solicitud de contabilidad. No se requiere que el proveedor proporcione una contabilidad para divulgaciones: (a) para tratamiento, pago u operaciones de atención dental; (b) a usted o su representante personal; (c) para notificación o a personas involucradas en la atención dental de un individuo o pago por atención dental, para alivio de desastres o para directorios de instalaciones; (d) de conformidad con una autorización; (e) de un conjunto limitado de datos; (f) con fines de seguridad nacional o inteligencia; (g) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos propósitos con respecto a reclusos o personas bajo custodia legal; o (h) incidentales a usos o divulgaciones permitidos o requeridos de otra manera. La contabilidad de las divulgaciones a las agencias de supervisión dental y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley debe suspenderse temporalmente en su representación por escrito de que una contabilidad probablemente impediría sus actividades.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos con que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Esperamos que esta política facilite la comunicación abierta entre nosotros y ayude a evitar posibles malentendidos, permitiéndole tomar siempre las mejores decisiones relacionadas con su atención.

SEGURO:

Por favor, recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como cortesía hacia usted, nuestra oficina proporciona ciertos servicios, incluida una estimación previa al tratamiento que enviamos a la compañía de seguros a su solicitud. Nos es físicamente imposible tener el conocimiento y hacer un seguimiento de cada aspecto de su seguro. Depende de usted comunicarse con su compañía de seguros y preguntar qué beneficios ha comprado su empleador para usted. Si tiene alguna pregunta sobre la estimación previa al tratamiento y/o las tarifas por servicio, es su responsabilidad que estas se respondan antes del tratamiento para minimizar cualquier confusión de su parte.

Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios proporcionados pueden o no estar cubiertos por su póliza de seguro. Cualquier saldo es su responsabilidad, independientemente de si su compañía de seguros paga alguna porción.

PAGO:

Comprenda que, independientemente de cualquier estado del seguro, usted es responsable del saldo adeudado en su cuenta. Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios profesionales prestados. Esto incluye, entre otros: honorarios dentales, procedimientos quirúrgicos, pruebas, procedimientos de oficina, medicamentos y también cualquier otro servicio no proporcionado directamente por el dentista.

El PAGO COMPLETO se debe en el momento del servicio. Si se aplican beneficios del seguro, los CO-PAGOS Y DEDUCIBLES ESTIMADOS DEL PACIENTE se deben en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos.

El SALDO NO PAGADO de más de 90 días estará sujeto a un interés mensual del 1.0% (APR 12%). Si el pago es moroso, el paciente será responsable del pago de la cobranza, los honorarios de abogados y los costos judiciales asociados con la recuperación del dinero adeudado en la cuenta.

CITAS PERDIDAS:

A menos que recibamos un aviso de cancelación con 48 horas de anticipación, se le cobrará \$50. Ayúdenos a mantener la más alta calidad de atención manteniendo las citas programadas.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones de este Acuerdo Financiero.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

CONSENTIMIENTOS DE COMUNICACIÓN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO

PROPÓSITO: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarnos con usted por correo electrónico con respecto a su Información de Salud Protegida. Harvest Dental Farmersville ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de otorgar su consentimiento para usar el correo electrónico para estos fines. Harvest Dental Farmersville utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, Harvest Dental Farmersville no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable de la divulgación inadvertida de información confidencial.

Reconozco que he leído y comprendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre Harvest Dental Farmersville y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones aquí descritas. Cualquier pregunta que pueda tener ha sido respondida por Harvest Dental Farmersville.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MENSAJE DE TEXTO A MÓVIL

PROPÓSITO: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarnos con usted por mensajes de texto móvil con respecto a su Información de Salud Protegida. Harvest Dental Farmersville ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por mensajes de texto móvil. La transmisión de información del paciente por mensajes de texto móvil tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de otorgar su consentimiento para usar mensajes de texto móvil para estos fines. Harvest Dental Farmersville utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de mensajes de texto móvil enviada y recibida. Sin embargo, Harvest Dental Farmersville no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por mensajes de texto móvil y no será responsable de la divulgación inadvertida de información confidencial.

Reconozco que he leído y comprendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por mensajes de texto móvil entre Harvest Dental Farmersville y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones aquí descritas. Cualquier pregunta que pueda tener ha sido respondida por Harvest Dental Farmersville.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____