



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

POLÍTICAS DE LA OFICINA | DOB:

La siguiente información especifica sus derechos sobre esta autorización bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, según se enmienda ocasionalmente ("HIPAA").

1. Informe a su proveedor si no entiende esta autorización, y el proveedor se la explicará.
2. Tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto: (a) en la medida en que la información ya se haya compartido basándose en 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. 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 tener en cuenta 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 estará protegida por estas regulaciones.
5. Puede inspeccionar o copiar la información dental protegida que se utilizará o divulgará bajo esta autorización. 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 otro individuo. Si se deniega el acceso, puede solicitar una segunda opinión de 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 la 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 más alto de protección. Las "Notas de Psicoterapia" se definen bajo HIPAA como notas registradas por un proveedor de atención médica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión de asesoramiento privado o una sesión de asesoramiento grupal, conjunto o familiar y que están separadas del resto de los registros médicos del individuo. Se excluyen de la definición de "Notas de Psicoterapia" las siguientes: (a) prescripción y monitoreo de medicamentos, (b) horas de inicio y finalización de la sesión de asesoramiento, (c) las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, (d) los resultados de las pruebas clínicas, y (e) cualquier resumen de diagnóstico, estado funcional, 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. Tiene derecho a un informe de las divulgaciones de su información dental protegida por parte del proveedor o sus asociados comerciales. El período máximo de informe de divulgación es de los seis años inmediatamente anteriores a la solicitud de informe. No se requiere que el proveedor proporcione un informe de las 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) conforme a una autorización; (e) de un conjunto de datos limitado; (f) para fines de seguridad nacional o inteligencia; (g) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos fines con respecto a reclusos o individuos bajo custodia legal; o (h) incidentales a usos o divulgaciones permitidos o requeridos de otra manera. El informe de divulgaciones a agencias de supervisión dental y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley debe suspenderse temporalmente bajo su representación escrita de que un informe probablemente obstaculizaría sus actividades.

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

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a 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 cuidado.

SEGURO:

Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros 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. Es físicamente imposible para nosotros tener el conocimiento y el seguimiento de todos los aspectos de su seguro. Depende de usted contactar a su compañía de seguros e indagar sobre los beneficios que su empleador ha comprado para usted. Si tiene alguna pregunta sobre la estimación previa al tratamiento y/o las tarifas por servicio, es su responsabilidad responderlas 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 del estado de su 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, pero no se limita a: tarifas dentales, procedimientos quirúrgicos, pruebas, procedimientos de oficina, medicamentos y también cualquier otro servicio no proporcionado directamente por el dentista.

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

El SALDO PENDIENTE de más de 90 días estará sujeto a un interés mensual del 1.0% (APR 12%). Si el pago está en mora, el paciente será responsable del pago de los honorarios de cobranza, honorarios de abogados y 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 o el 10% del tratamiento programado, lo que sea mayor. 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: ____/____/____