

**Dr. Diana L. Galvis DDS, PC
Family Dentistry
142 Totowa Road, Suite 7
Totowa, NJ 07512**

Información Sobre El Paciente

Fecha: _____

Hembra **Varón**

Nombre: _____
(nombre) (apellido) (I.)

Domicilio: _____
(calle) (ciudad) (estado) (C.P.)

Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Teléfono: _____
(hogar) (trabajo) (celular)

Empleo: _____

Doctor Médico: _____
(nombre) (dirección) (# teléfono)

Seguro Primario Dental: _____

Seguro Secundario Dental: _____

| Seguro Primario Dental Información del Asegurado |
|---|
| Nombre: _____ |
| Fecha de nacimiento: _____ |
| # Seguro Social: _____ |
| Tel. #: _____ (hogar) (otra) |
| Empleo: _____ |

| Seguro Secundario Dental Información del Asegurado |
|---|
| Nombre: _____ |
| Fecha de nacimiento: _____ |
| # Seguro Social: _____ |
| Tel. #: _____ (hogar) (otra) |
| Empleo: _____ |

¿Alguna vez a venido algún miembro de su familia a nuestro consultorio? Sí No

¿A quien le damos las gracias por referirlo a nuestro consultorio? _____

Persona para llamar en caso de emergencia

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado/ C.P. : _____

Teléfono: _____

Se espera el pago el dia de servicio.

Persona responsable por la cuenta-indique

Paciente

Guarda

Padre o Marido

Madre o Esposa

Autorización

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarán. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentífrico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de soltar estas historias y otra información a personas pagadoras y otros profesionistas médicos. Si hay algún cambio en la coventura de mi seguro, Yo entiendo que soy responsable por los balances no pagados por la compañía de seguro.

Relación:

Paciente

Guarda

Padre o Marido

Madre o Esposa

Firma: _____

Fecha: _____

Cobro Adicional

Si no pago al saldo total dentro de 30 días después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se sumará la cuenta por el periodo de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará a en el 1.5% por mes. Si dejo de hacer un pago, prometo pagar cualesquier intereses legales sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en cuentas no pagadas en el futuro.

Me gustaría discutir los arreglos financieros.

AVISO DE CANCELACIÓN

Reservamos el derecho de despedirlo como paciente si faltas a sus citas sin dar aviso previo con 24 horas de anticipacion.

Dr. Diana L. Galvis, DDS, PC

Recibo Para La Noticia de Practicas de Privacidad

* Yo puedo negar firmar este recibo *

Yo, _____, puedo repasar la Noticia de Practicas de Privacidad en esta oficina, o en www.DianaGalvisDDS.com.

(Nombre : letra de molde)

(firma)

(fecha)

Por favor, escribe los nombres de esas personas con quien nosotros podemos compartir su información de la salud;

| Nombre | Relación |
|--------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Dr. Diana L. Galvis, DDS, PC
Family Dentistry
142 Totowa Road, Suite 7
Totowa, NJ 07512

Autorizacion y Consentimiento

Para enviar informacion no codificada de paciente a traves de correo electronico u otros tipos de medios electronicos

Hasta que yo autorice por escrito parar, autorizo a la Dra. Diana L. Galvis, DDS, PC a enviar informacion relacionada con mi tratamiento, salud, o pagos a traves de correo electronico (email) u otros medios electronicos sin ser codificada o sin precauciones de seguridad especiales, enviado hacia mi, a otra persona que yo haya designado, otros proveedores de salud, planes medicos u otros terceros envueltos en mi tratamiento, pagos o tratamientos que la Dra. Diana L. Galvis, DDS, PC haya provisto en mi. La informacion del paciente que puede ser enviada a traves de correo electronico puede incluir radiografias, historia medica, diagnostico, tratamiento y records de pagos.

Entiendo que:

- No es obligatorio firmar esta autorizacion
- Mi tratamiento, pagos, elegibilidad de beneficios no seran afectados por mi decision de firmar esta autorizacion
- Si no firmo esta autorizacion, la Dra. Diana L. Galvis, DDS, PC puede utilizar otros medios para enviar mi informacion, tales como US correo postal o se me podria pedir que yo mismo envíe mi informacion a terceros.
- Existen algunos riesgos que correos electronicos u otros medios electronicos puedan ser adquiridos por hackers o recibidos por otras personas. Si eso sucediera, la informacion podria ser revelada y no seria protegida por la ley de privacidad.
- La Dra. Diana L. Galvis, DDS, PC no envia por correo electronico informacion personal sensible como numero de seguro social, numero de tarjeta de credito, diagnostico de salud mental, informacion genetica, abuso de sustancias/alcohol o estatus VIH positivo, a menos que el paciente insista.

Yo puedo solicitar por escrito en cualquier momento, parar el envio de mi informacion personal, pero si lo solicito, esto no afectaria correos electronicos que la Dra. Diana L. Galvis, DDS, PA haya enviado anteriormente antes de recibir mis instrucciones por escrito.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electronico (e-mail): _____

Dr. Diana L. Galvis, DDS, PC
142 Totowa Road, Suite 7
Totowa, NJ 07512
(973) 930-5733

Política de Cancelación y de Ausencia a Citas

1. Política de Cancelación y Ausencia a Citas Dentales:

Su salud dental es importante para nosotros, y cuando programa una cita, asignamos tiempo con nuestros Doctores, Higienistas y Asistentes Dentales para atenderle. Así como nosotros nos esforzamos por ser puntuales en sus citas, solicitamos amablemente la misma consideración de su parte.

Reconocemos que pueden surgir emergencias o compromisos laborales y familiares, lo que puede resultar en citas perdidas. Sin embargo, no cancelar una cita sin previo aviso podría impedir que otro paciente reciba el tratamiento necesario. De igual manera, si otro paciente pierde su cita, podría afectar nuestra capacidad para atenderle.

Para facilitar una programación eficiente, solicitamos un aviso mínimo de **24 horas** para cancelaciones o cambios de cita. Para citas programadas en un lunes, por favor notifiquenos antes de la 1:00 pm del viernes anterior para evitar incurrir en una tarifa de cancelación.

| Las tarifas de cancelación para citas canceladas con menos de <u>24 horas</u> de anticipación son las siguientes: | |
|--|-------|
| Examen/Limpieza/Seguimiento/Consulta | \$75 |
| Tratamiento Dental Básico | \$150 |
| Cirugía Dental/Tratamiento Dental Integral | \$250 |

Estas tarifas son responsabilidad del paciente y deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita. Tenga en cuenta que el seguro no cubre estas tarifas.

2. Política de Ausencia a Citas:

Los pacientes que no se presenten a las citas sin previo aviso o que lleguen 15 minutos o más tarde se considerarán "no presentados". Si un paciente acumula dos o más incidentes de no presentación dentro de un período de 12 meses, se le requerirá pagar por adelantado todas las futuras citas dentales. Las tarifas de cancelación seguirán aplicando.

En nuestra práctica, creemos en una comunicación clara y comprensión para fomentar una relación positiva médico/paciente. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política de cancelación/ausencia a citas, por favor comuníquese con nuestros coordinadores de pacientes.

Por favor, reconozca que ha leído, comprendido y está de acuerdo con esta Política de Cancelación/Ausencia a Citas:

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Persona que Firma (si es menor de edad): _____

Firma del Paciente/Representante del Paciente: _____

Fecha: _____