

Cristina Sosa Anderson, D.D.S., Dental Worx

Bienvenidos a Nuestra Oficina Dental

Estamos contentos que haya elegido Dental Worx. La Dra. Cristina Sosa Anderson y su personal esperan ansiosos la oportunidad para cuidar por sus necesidades. Nuestra práctica está dedicada para proveer calidad preventiva y restaurativa para toda la familia. Nuestras metas son construir una larga relación con nuestros pacientes y su familia. Esperamos que sus visitas con nosotros sean educacionales y conduzcan a efectuar la salud dental que usted desea. Estamos aquí para servirle en su cuidado dental.

Seguro: Para evitar malos entendidos respecto al seguro dental deseamos que nuestros pacientes queden notificados que todos los servicios profesionales ofrecidos son cargados directamente al paciente. De todos modos nosotros con gusto entregaremos los formularios o reportes necesarios a su compañía de seguro. Nosotros no daremos nuestros servicios basados únicamente en lo que le cubre la compañía de seguro. El paciente será responsable por cualquier otro cargo en caso de que el seguro no cubra.

Póliza de Pago: El pago por todos los servicios ofrecidos será liquidado al término de la atención recibida. El paciente es responsable de saldo de cuenta y cualquier cuenta de 120 días pasado serán entregados a una agencia de cobro de lo dispuesto por la ley y se evaluará una fianza de servicio de colección de \$ 30.00. Todos los cheques que no se puedan cobrar tendrán un cargo de \$30.00 en adición con cualquier otro cargo del banco.

Póliza de Cancelación: Si es imposible asistir a la cita, favor de hacernos lo saber al menos 24 horas antes de su cita así de este modo nosotros podremos citar a otro paciente y haremos arreglos para una cita nueva. Citas no confirmadas un día antes de las 1:00pm se cancelara.

Póliza de Falta De Cita: Después de 3 citas perdidas, La Dra. Anderson reserva el derecho de terminar la relación de Doctor-Paciente.

Aprobación para Tratamiento: Yo autorizo a la Dra. Cristina Sosa Anderson a realizar procedimientos incluyendo pero no limitado solamente prophylaxis (limpieza simple), tomar radiografías o fotografías, administro de anestesia local y/o medicaciones, realizar servicio médico cosmético, empaste dental (rellenos), y usar oxido nitroso (gas en la nariz para relajar) y otros procedimientos que estimé necesarios para mi cuidado.

Mi firma indica que yo autorizo el tratamiento y acepto las políticas de la Dra. Cristina Sosa Anderson. Yo tengo seguro con _____ y asigno directamente a la Dra. Cristina Sosa Anderson todos los beneficios si hay alguno o de otra forma entiendo que soy responsable financieramente por el cobro que no sea pagado por el seguro. Autorizo a la Dra. Cristina Sosa Anderson a dar toda la información necesaria para asegurar al pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los documentos que sean relacionados con el seguro (manual o electrónico.)

Firma de paciente (padre si paciente es menor)

Fecha

Conocimiento de Recibo y Autorización

La Dra. Cristina Sosa Anderson puede dar información a otras entidades o proveedores de salud, para tratamiento, pago de servicios, y por cualquier servicio de salud descrito en el **Aviso de Práctica Privacidad**. La Dra. Cristina Sosa Anderson ha preparado este documento para ayudarle a entender nuestra política al respecto del uso y revelación de su información personal sobre su salud. He dado la oportunidad para que revise y reciba una copia del **Aviso de Practica Privacidad**.

Firma del paciente (padre si el paciente es menor)

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del padre (si es menor el paciente)