

Reglas del Consultorio

En nombre de nuestro personal, ¡nos gustaría darle la bienvenida a nuestro consultorio! Nos complace saber que haya decidido acudir a nosotros para atender a sus necesidades dentales. Estamos comprometidos a ofrecerle el cuidado de la salud oral de la calidad más alta de la manera más suave y eficiente posible. Reconocemos el valor de su tiempo, por lo que, a menos que sea un caso de emergencia, puede contar con nosotros para atenderle a la hora de su cita. Para lograr estas metas, hemos implantado las reglas siguientes:

* Un seguro es un contrato formalizado entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte del contrato. Todos nuestros pacientes responderán por el costo de su cuidado dental, si no se ha verificado la validez de su seguro dental con anterioridad a su consulta. Como una cortesía, facturaremos a su compañía de seguros principal. Aunque podamos hacer un estimado de lo que pagará su seguro, es la misma compañía que toma la determinación final sobre su cobertura.

* Usted se compromete a pagar cualquier porción de los cargos que no cubra su seguro. Todos los co-pagos, deducibles o porciones que el seguro no cubra tienen que pagarse por completo cuando se presten los servicios.

* **MANERAS DE PAGO: EFECTIVO, CHEQUE, TARJETAS DE CRÉDITO (VISA, MC, DISCOVER, AMEX) O CARE CREDIT.**

* El tiempo reservado para su cita en nuestro consultorio es limitado y valioso. Es menester que todos los pacientes respeten sus citas reservadas. Si no se presenta para su cita, o si no notifica a nuestro consultorio para cancelarla, con 24 horas de anticipación, le cobraremos un cargo de \$25, y no se le concertará otra cita hasta que haya pagado el cargo antedicho.

* Cheques devueltos: Se cobrará un cargo de \$40.00 por cualquier cheque devuelto por el banco.

* Renuncia a la confidencialidad: Usted entiende que si se somete esta cuenta a un abogado o a una agencia de cobros, si tenemos que litigar el asunto en el tribunal, o si su morosidad se reporta a una agencia de información de crédito, el hecho de que haya recibido tratamiento en nuestro consultorio, se convierte en información de dominio público.

* **Cargo por financiamiento:** Se impondrá un cargo por financiamiento sobre cada partida en su cuenta que no haya sido pagada, dentro de los treinta (30) días del momento en que se registró en su cuenta. El CARGO POR FINANCIAMIENTO se computará al uno por ciento (1%) por mes, el cual representa una TASA ANUAL DEL DOCE POR CIENTO (12%). El cargo por financiamiento en su cuenta se computa al aplicar la tasa mensual (del 1%) al saldo moroso de su cuenta. El saldo moroso en su cuenta se calcula al tomar el saldo pendiente de pago por más de treinta días y luego restar cualquier pago o crédito aplicado a la cuenta durante ese tiempo. El cargo de financiamiento mínimo es de \$50.

* **Cuentas morosas:** Si su cuenta llega a ser morosa, realizaremos las gestiones necesarias para cobrar esta deuda. Si tenemos que enviar su cuenta a una agencia de cobros, usted se compromete a pagar todos los gastos que tengamos que pagar por las gestiones de cobro. Si tenemos que contratar a un abogado para cobrar una cuenta, usted se compromete a pagar todos los honorarios de abogado en que incurramos más las costas del tribunal. En caso de una demanda, usted se compromete a que el foro judicial será el Condado de Miami-Dade, Florida.

* **Envío de historiales:** Si usted desea que se envíen copias de sus historiales a otro médico o a otra entidad, tendrá que solicitárnoslo, por escrito, y pagar un cargo por el copiado y un cargo administrativo de \$25. Usted nos autoriza para incluir toda la información pertinente, incluyendo su historia de pago. Toda solicitud tiene que ser por escrito y tendrá que permitirnos 48 horas para cumplir con su petición.

* **Fotografías:** Doy mi consentimiento a que me saquen fotografías a mí o a partes de mi cuerpo. Las fotos las sacará mi dentista, o un fotógrafo aprobado por mi dentista. Se usarán estas fotos para los fines de los historiales dentales y si su uso, a criterio de mi dentista, beneficiarán a la investigación, la educación o la ciencia dentales, las fotografías y la información relacionada con mi caso puede publicarse, y reproducirse, ya sea por separado o en su totalidad, en publicaciones profesionales o en libros de medicina, o pueden utilizarse para cualquier otro fin que él o ella determine apropiado para los intereses de la instrucción, conocimientos o investigación dentales, siempre y cuando se entienda expresamente que en las publicaciones antes enumeradas o en su uso, no se divulgará mi nombre. Las fotografías antes mencionadas pueden modificarse o retocarse de cualquier manera que mi dentista, a su discreción, considere conveniente.

* Reconozco haber recibido el documento "Notificación de la Privacidad."

Firma

Fecha