

# Luis Loza, DDS, PC.

## CITAS DENTALES

Nosotros lo (la) llamaremos, le enviaremos un correo electrónico o un mensaje de texto para recordarle de su cita. **Todas las citas reservadas son consideradas confirmadas** a menos de que usted nos avise con 48 horas de anticipación para hacer cualquier cambio.

- Se permite faltar a una (1) cita solamente.
- Por cualquier cita a la que falte recibirá un cobro de \$50 por cita de higiene y \$75 por cita con el doctor si es de una hora o menos. Cada 30 minutos extras reservados con el doctor tienen un cargo adicional de \$25.
- Si usted llega a su cita más de 15 minutos tarde, nos reservamos el derecho de cancelar su cita.
- Todos los cobros por cancelaciones de último minutos deben ser pagados antes de poder hacer una cita nueva.

Nos esforzamos por ofrecerle el mejor servicio posible. Cuando usted cumple sus citas y llega a tiempo nos da la oportunidad de brindarle un servicio de alta calidad.

He leído y entiendo las políticas de citas dentales mencionadas antes.

\_\_\_\_\_ Firma  
Fecha

**Luis Loza, DDS, PC.**

### **Responsabilidad Financiera y Consentimiento para Recibir Servicios**

Gracias por escogernos para servir sus necesidades dentales. Agradecemos la confianza que ha puesto en nosotros. Para poder ofrecerle un servicio excepcional, le pedimos que por favor comprenda y acepte la siguiente responsabilidad financiera:

#### **Seguro Dental:**

Su seguro dental ha sido diseñado para ayudarle con los costos de tratamiento. Los estimados de su seguro nos ayudan a determinar aproximadamente cual es su porción a pagar. 1. Enviar los reclamos (claims) a su seguro dental es una cortesía que tendremos con usted y los enviamos con el mayor gusto para ayudarlo a que utilice al máximo sus beneficios dentales. Sin embargo, usted es responsable por cualquier cantidad que su seguro no cubra, por la razón que sea.

2. Llamaremos a su seguro, en su nombre para ayudarle a determinar el nivel de beneficios que su plan ofrece. **Por favor note que los estimados y pre-estimados no garantizan pago de su seguro dental.**
3. Su seguro dental es un contrato entre usted y su compañía de seguro dental; nosotros no somos parte de ese contrato. Nuestra oficina no se hace responsable por negociar liquidaciones de reclamos (claims) no pagos o que están siendo disputados.
4. Es su responsabilidad de proveernos con su seguro dental actual.
5. Si usted desea que le enviemos el cobro a su seguro dental, debe estar de acuerdo con lo siguiente: Yo autorizo que los pagos por beneficios dentales de servicios recibidos sean enviados a Luis Loza, DDS, PC.

**Política de Pago:**

Como condición de sus tratamientos en esta oficina, acuerdos financieros deben ser hechos por adelantado. Nosotros le explicaremos las opciones de pago antes de comenzar el tratamiento.

Al firmar más abajo, usted esta de acuerdo con todos los términos que contienen esta Responsabilidad Financiera y Consentimiento para Recibir Servicios incluyendo lo siguiente:

1. Si usted tiene seguro dental, su **porción de pago estimada debe cancelarse por completo** en el momento de recibir los servicios.
2. Si usted no tiene seguro dental, **pago por los servicios debe cancelarse por completo al momento de recibir los servicios**, a menos de que tenga un plan de pago firmado.
3. Cobramos \$35 por cada cheque que rebote.
4. Entiendo y estoy de acuerdo que si mi cuenta tiene un balance negativo por más de 90 días, mi cuenta será enviada a colecciones. Entiendo que Luis Loza, DDS, PC. usara los servicios de un abogado para obtener pago por el balance negativo.
5. Entiendo y estoy de acuerdo que si mi cuenta es enviada a colecciones puedo deber cargos adicionales.
6. Entiendo y estoy de acuerdo con que soy responsable por todos los pagos de mi cuenta. Como cabeza de familia, soy responsable por cualquier balance negativo que se le deba a Luis Loza, DDS, PC de otros miembros de mi familia.
7. **Pacientes menores:** El adulto que acompaña al menor (de 18 años) es responsable por el pago total de los servicios recibidos. El padre de familia o guardián legal debe acompañar al menor a menos de que se hayan hecho acuerdos previos con la oficina.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firma de Parientes o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Luis Loza, DDS, PC.**

**Declaración de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad**

Para el paciente:

Tenemos el deber de proveerle una copia de nuestra Declaración de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad, la cual estipula como podríamos usar o divulgar su información de salud. Por favor firme este aviso. Usted puede rehusarse a firmar el aviso si así lo desea.

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Luis Loza, DDS, PC.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

---

Firma

---

Fecha

La oficina no puede divulgar su información a nadie más que a usted a menos de que usted nos autorice de hacerlo. Por favor escriba los nombres de las personas con las que quiere que compartamos su información.

---

---

**PARA USO INTERNO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

Intentamos obtener por escrito la declaración de recibo de el Aviso de Practicas de Privacidad, pero no lo pudimos tener porque:

- El paciente se negó a firmarlo
- Barreras en el idioma o lenguaje nos impidieron obtener el aviso
- Una situación de emergencia se presento y nos impidió obtener el aviso.
- Otra razón (favor especificar)

---

---

Firma del empleado

Fecha