



813.238.0411 ■ Fax 813.238.5341
 801 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Tampa, FL 33603
 www.OrtaOralSurgery.com

Número de Registro _____

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sr. Sra. Dr. Nombre _____ Apellido _____
 Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección _____ Apto # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico _____
 Lic. De conducir. _____ Pariente más cercano que no vive con usted _____ Teléfono _____
 Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____ Tipo de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito
 Referido por _____ Nombre del dentista _____
 Nombre del doctor primario _____ Teléfono _____
 ¿Alguna vez has sido paciente de nuestra práctica? Si No ¿Algún miembro de su familia ha sido paciente de nuestra práctica? Si No
 En caso de emergencia contactar a _____ Teléfono _____ Relación _____

PARTE RESPONSABLE

Yo (Si yo, salte esta parte) Cónyuge Madre Padre Otros _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de seguro social _____
 Dirección _____ Apto # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de la casa _____ Teléfono del celular _____ Correo Electrónico _____
 Lic. De conducir. _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)

Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
 Dirección _____ Apto # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro/Plan Dental

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____ N.º telefónico del plan/seguro _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Empleador _____
 Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____
 Nombre del asegurado _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro/Plan Dental

Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____ N.º telefónico del plan/seguro _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Empleador _____
 Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____
 Nombre del asegurado _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro/Plan Médico

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____ N.º telefónico del plan/seguro _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Empleador _____
 Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____
 Nombre del asegurado _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro/Plan Médico

Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____ N.º telefónico del plan/seguro _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Empleador _____
 Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____
 Nombre del asegurado _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

HISTORIA DE LA SALUD

A Nuestros Pacientes

Aunque los cirujanos orales tratan el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o de medicamentos que está tomando podrían tener una relación importante con la atención que está recibiendo. Gracias por contestar las siguientes preguntas. Sus respuestas son sólo para nuestros registros y serán consideradas confidenciales.

Motivo de la visita de hoy _____

Altura _____ Peso _____ ¿Está en buen estado de salud? SI NO

¿Ha habido algún cambio en su estado general de salud en el último año? SI NO
En caso afirmativo por favor liste: _____

¿Está bajo el cuidado de un médico? Si es así, la fecha de la última visita: _____ SI NO
En caso afirmativo, por qué está siendo tratado? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad, operación o ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? SI NO
En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene heridas sin cicatrizar/recurrentes o zonas inflamadas, crecimientos o puntos de dolor dentro o alrededor de su boca? SI NO
En caso afirmativo, escriba donde: _____

¿Tiene una prótesis o implante protésico? Si es así, describa donde _____ SI NO

¿Ha tenido un reemplazo de válvula cardíaca o injerto vascular? SI NO

¿Usted o un miembro de la familia tuvo reacciones inusuales o graves a la anestesia general? SI NO

Un médico o dentista anterior le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ¿Ha tenido o tiene actualmente? SI NO

NOTAS: _____

¿HA TENIDO O ¿TIENE ACTUALMENTE?

	SI	NO	NOTAS
Accidente cerebro-vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataque al corazón/dolor en el pecho/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Azúcar baja en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronquitis, tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar/Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor o problemas con la articulación temporomandibular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad contagiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de los ojos/Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga crónica/Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragilidad capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertermia maligna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	SI	NO	NOTAS
Historia con Drogas/Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ictericia, Hepatitis, Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inflamación de tobillos/Enfermedad debido a la artritis/Mixta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lenta cicatrización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mononucleosis infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteonecrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporosis/Osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas anestésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótesis dental removible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del sistema inmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas con los senos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quimioterapia o Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo/Válvulas artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendencia al sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumor o Crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Úlceras de Estomago/Reflujo gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOLO MUJERES

	SI	NO	NOTAS
Possible embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha probable de parto			

	SI	NO	NOTAS
Esta lactando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nota para Mujeres

Los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la eficacia de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo para asistencia con respecto a métodos adicionales de control de la natalidad.

INFORMACIÓN DE ALERGIA

	SI	NO	NOTAS
Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pentotal de sodio, Valium u otros tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	SI	NO	NOTAS
Otros medicamentos (Por favor escriba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia al Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soya/Huevos/Yema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cualquier alergia conocida (por favor indique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

	SI	NO	NOTAS
Anticoagulante/Diluyentes de la sangre (Coumadin, Plavix, Aspirina, vitamina E, Ginko biloba, Aggrenox, Pradaxa, aceite de pescado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suplemento natural o de hierbas o remedio homeopático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	SI	NO	NOTAS
La densidad ósea o los bifosfonatos ¿Si es así cuanto tiempo? (Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia o Reclast en los últimos 12 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tranquilizantes, somníferos, antidepresivos, y/o narcótico de forma regular (por favor indique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lista de todos los medicamentos, drogas o pastillas que está tomando actualmente

Medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Hay antecedentes familiares de: Problemas de Enfermedad Cardíaca Diabetes Cáncer Problemas con la Anestesia

Si usted tiene la cirugía hoy, ¿ha comido o bebido en las últimos 6 (seis) horas? YES NO

¿Quién le va a conducir a su casa? _____

¿Hay alguna condición relativa a su salud que el doctor deba ser informado acerca? YES NO

En caso afirmativo, describa: _____

¿Quiere hablar con el médico en privado? YES NO

¿Es esta visita relacionada con un accidente? YES NO

En caso afirmativo, ¿qué tipo de accidente? Trabajo Automóvil Otros _____

Fecha de la lesión _____ Compañía de seguros para reclamos _____

Numero de reclamo _____ Nombre del abogado/ajustador _____

Teléfono _____

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. Reconozco que mis respuestas en su caso, sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No hago responsable a mi cirujano, o cualquier otro miembro de su personal de los errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario.

Firma del paciente (padre, madre o tutor legal si es menor)

Realizado por

Fecha

HONORARIOS Y PAGOS

Nosotros hacemos todo lo posible por mantener el costo de su cuidado médico. Usted puede ayudar mediante el pago al término de cada visita. Además se pueden hacer arreglos con nuestra gerente de oficina dependiendo de las circunstancias especiales. Un estimado del cargo por cualquier procedimiento o por la cirugía se le dará a petición del paciente. Si usted tiene algún seguro dental y/o seguro médico estaremos encantados de llenar los formularios correspondientes, pero por favor complete la información de identificación en este formulario.

Por favor, recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente para los honorarios pagados al médico y no es un sustituto para el pago. Algunas empresas pagan subsidios para ciertos procedimientos fijos y otros pagan un porcentaje de la carga. **Es su responsabilidad de pagar cualquier cantidad deducible, copago o cualquier otro balance no pagado por su compañía de seguros.** Usted será responsable de todos los costos de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales.

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad)

Realizado por

Fecha

Esta firma archivada es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago a este doctor de los beneficios de otro modo pagaderos a mí.

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad)

Fecha

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi cirujano y su personal designado, para realizar un examen oral y maxilofacial, con el propósito de diagnosticar y planificar el tratamiento. Además, autorizo a la realización de todas las radiografías requeridas como parte necesaria de este examen. Además, si es médicamente necesario, autorizo la divulgación de cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento a mis otros médicos y/o compañías de seguros.

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad)

Testigo

Doctor Firma

Fecha

Yo reconozco que una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad se ha hecho disponible para mí. Se me ha dado la oportunidad de formular las preguntas que pueda tener en relación con este Aviso.

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad)

Fecha



813.238.0411 ■ Fax 813.238.5341
801 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Tampa, FL 33603
www.OrtaOralSurgery.com

POLÍTICA Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FISCAL DEL PACIENTE

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Fecha: _____

El pago al momento del Servicio

Entiendo que como condición para ser aceptado como un paciente por la Práctica, la práctica requiere el pago en su totalidad en los servicios prestados en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o por pre-arreglado y estoy de acuerdo que yo soy personalmente responsable de todos los cargos incurridos. Entiendo que recibiré un presupuesto detallado antes del servicio, y tengo la responsabilidad de formular todas las preguntas que pueda tener en relación con dicho presupuesto.

Financiamiento por Seguros o de terceros

Entiendo que mi póliza de seguro u otro acuerdo de financiamiento es un contrato entre mi persona y la compañía aseguradora o la financiación y que, independientemente de la medida en que dicho contrato estipule la cobertura de los servicios que recibo, yo soy personalmente responsable de todos los cargos. Además, entiendo que el personal de práctica me puede proporcionar asistencia en la localización de las empresas de financiamiento de terceros disponibles y / o proveer de mí una factura detallada necesaria para la presentación de reembolso con mi compañía de seguros, pero que esa asistencia de ninguna manera garantiza la disponibilidad de financiamiento o que mi seguro proporcionará pago. Sigo siendo responsable de los importes no pagados por el seguro, incluidos los co-pagos, deducibles y cargos no cubiertos.

Cargos por citas perdidas

En consideración con mi cita y la hora de los profesionales que brindarán mi cuidado, entiendo que debo cancelar cualquier cita en caso de no poder asistir por lo menos con 24 horas con antelación. Además, entiendo y estoy de acuerdo que cancelar una cita (que no sea de emergencia) de conformidad con esta política puede incurrir en un cargo igual al importe del servicio previsto para dicha cita perdida, quedando a determinación y decisión de la Práctica.

Depósitos quirúrgicos

Entiendo que, teniendo en cuenta el tiempo y los esfuerzos de la Práctica en mi nombre, para marcar un procedimiento quirúrgico, la práctica requiere un depósito en la cantidad de cincuenta por ciento (50%) de los gastos totales estimados para dicho procedimiento, en el momento de la programación.

Además, entiendo que tales depósitos pasarán a ser propiedad de la práctica mediante el pago, no devengarán intereses en mi nombre, y no serán reembolsables a menos que cancele o posponga el procedimiento, por lo menos cinco (5) días antes de la fecha prevista. Los reembolsos por cancelación con cinco días de aviso previo (5), de acuerdo con las políticas de la Práctica en materia de restitución o cancelación, puedo ser elegible para recibir un reembolso. Entiendo que la cancelación adecuada, el importe de la fianza para ser reembolsado será reembolsado a mí en el plazo de diez (10) días por cheque de la Práctica, y que a partir de entonces se podrá optar por reprogramar el procedimiento esto será en la lista de tarifas aplicable para ese procedimiento.

Pagos Demorados y Colecciones

Entiendo que todas las facturas que se han quedado pendientes de cuarenta y cinco días a partir de la fecha de servicio se considerará en demora y sin perjuicio de la remisión a un abogado o una agencia de cobro. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos judiciales, honorarios de agencia, honorarios de abogados a través de todos los juicios, apelaciones, y un 1% de tasa de interés al tipo legal en tales cantidades en delinuencia.

Declarando y poniendo mi firma, por la presente doy constancia del recibo de esta política; reconozco que me han dado el tiempo suficiente y la oportunidad de leer, entender, y hacer todas las preguntas sobre esta política, y afirmativamente aceptar los términos y condiciones aquí escritos (ya sea personalmente si el paciente o en nombre del paciente si tiene una persona que lo cuide o responda por el o ella).

Firma: _____ Fecha: _____

En caso de no ser el paciente, Relación con el paciente: _____

Recibido y aceptado por la oficina del Dr. Robert Orta _____



813.238.0411 ■ Fax 813.238.5341
 801 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Tampa, FL 33603
 www.OrtaOralSurgery.com

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN A – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Fecha _____
 Dirección _____ Apto # _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código de Área _____
 Teléfono _____ Cell Teléfono _____
 E-mail _____ Seguro Social # _____
 Numero del paciente _____

SECCIÓN B - AL PACIENTE - POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

Propósito del Consentimiento

Al firmar este formulario estará dando su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información de salud de forma protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de prácticas de Privacidad antes de decidir si desea firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y revelaciones que puedan hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le animamos a que lea cuidadosamente y por completo antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un Aviso de Prácticas de Privacidad, que contendrán los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Persona de Contacto: Emmy Gomez **Teléfono:** (813) 238-0411 **Fax:** (813) 238-5341 **Dirección:** 801 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Tampa FL, 33613

Derecho a Revocar

Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos aviso por escrito de su revocación presentado a la persona de contacto que aparece arriba. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos en confianza en este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos declinar el tratamiento o continuar el tratamiento si usted revoca este Consentimiento ya será a consideración de la Práctica.

Comisiones y Pagos

Aunque aceptamos pagos de su compañía de seguros a su cuenta, usted es responsable de su cuenta total. Soy consciente de que aceptan Master Card y Visa. También soy consciente de que mi saldo se debe borrar en el plazo de tres (3) meses desde el día de tratamiento. Soy consciente y doy mi aprobación de que en el caso de que mi cuenta no sea pagada en el plazo determinado será enviada a colección, estoy de acuerdo en pagar la cuota que se me diga verbalmente o que se me avise por escrito basada en mi saldo vivo. Esta firma archivada es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago a este doctor ya sea directamente realizado por mí o por mi seguro y actuar de acuerdo a la Política y póliza de la oficina.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma

YO, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, yo doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____ Relación con el paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.

Revocación del Consentimiento

Revoco mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectará ninguna acción que tomé basándose en mi consentimiento antes de recibir esta notificación escrita de revocación. También entiendo que es posible que la Práctica se niegue a tratar o continuar con el tratamiento después de haber revocado mi consentimiento.

Paciente, Padre o Tutor _____ Fecha _____

Médico _____

Testigo _____ Testigo _____



813.238.0411 ■ Fax 813.238.5341
 801 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Tampa, FL 33603
 www.OrtaOralSurgery.com

POLÍTICA FINANCIERA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Dr. Robert Orta D.D.S., P.A. reconoce la necesidad de una comprensión clara entre un paciente y un proveedor médico con respecto a los arreglos financieros para la atención médica. La información adjunta es para evitar cualquier malentendido sobre la información de salud y el pago por servicios profesionales.

1. PAGO:

El pago se espera en el momento del servicio. Si no se alcanza su deducible, o si un porcentaje es su responsabilidad, esperamos el pago cuando se presten los servicios. A pesar de que se presentará el seguro, usted es responsable de cualquier saldo después de la reclamación del seguro. Todos los cargos por el tratamiento se vencen en sesenta (60) días después de la fecha de servicio. Estos períodos permiten el tiempo para procesar el seguro y hacer un pago completo de cualquier saldo restante. Habrá un cargo de \$ 25 por cheques devueltos. Si no se paga dentro de los 60 días, comenzaremos varias actividades de cobro, incluidas, entre otras, el envío de la cuenta vencida a una agencia de cobro.

2. AUTOPAGO (Pago privado, en efectivo):

Si no tiene cobertura de seguro, requerimos un pago por adelantado para servicios profesionales.

3. En el caso de que mi aseguradora no pague todos los gastos médicos incurridos, por la presente autorizo a la oficina Dr. Robert Orta D.D.S., P.A. para cobrar automáticamente la tarjeta de crédito o débito que se indica a continuación para el saldo restante.

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

Tipo de tarjeta de crédito: Master Card Visa American Express Discover Card

Numero _____

Mes de vencimiento _____ Año de vencimiento _____

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha ____/____/____

Código de seguridad _____



813.238.0411 ■ Fax 813.238.5341
801 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Tampa, FL 33603
www.OrtaOralSurgery.com

FINANCIAL POLICY AND PATIENT CONSENT FORM

AVISO

El Dr. Robert Orta D.D.S., P.A. nunca envía notificaciones previas a las tarjetas de crédito y débito, así que asegúrese de tener fondos disponibles en la cuenta anterior. Debe recibir una declaración de su aseguradora que indique la cantidad que pagaron y la cantidad que es su responsabilidad.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma (Asegurado/Tutor) _____ Fecha _____