

# FORMULARIO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

## Acuse de recibo del aviso de políticas de privacidad

**Propósito:** Este formulario se utiliza para obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso de políticas de privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese acuse de recibo.

**\*\* Puedes optar por no firmar este formulario \*\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia/explicación del Aviso de políticas de privacidad de esta clínica.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente y/o tutor)

(Fecha) \_\_\_\_\_

(Relación con el paciente) Uno mismo

u otra: \_\_\_\_\_

### Sólo para uso del personal de esta clínica

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de políticas de privacidad, pero no pudimos obtener el acuse de recibo porque:

- La persona optó por no firmar
- Las barreras de comunicación (como la del idioma), impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo en el momento del servicio
- Otro (específica) \_\_\_\_\_

## Nuestra filosofía empresarial y financiera

Para nosotros es importante que la calidad de nuestros servicios comerciales coincida con la calidad de nuestra atención dental. Queremos que el manejo de tu cuenta, desde el principio, sea percibido como una extensión de la atención dental que te brindamos a ti y a tu familia.

**Todas las citas se reservan de manera exclusiva.** Por lo tanto, se requiere un aviso de dos días hábiles para cualquier cambio en la programación de consultas que sean de corta duración. Para cualquier cita que haya sido programada para 1 hora y media, o más, se requiere avisar con una semana de anticipación, en caso de algún cambio en su programación. Para cambios de horario, nuestra clínica no acepta el uso de contestadores automáticos o mensajes de correo de voz. Todas las citas deben ser manejadas por nuestro equipo de recepción durante nuestro horario de oficina habitual. Nos reservamos el derecho de cobrar \$75 por cada media hora de tiempo de tratamiento que se haya reservado, si haces cambios en la programación sin suficiente anticipación.

### Participación del paciente

Al igual que en cualquier relación, ambas partes tienen una responsabilidad que desempeñar. La nuestra es brindarte un servicio de calidad. En respuesta, tu responsabilidad es pagar ese tratamiento al momento de recibir el servicio. Nuestro equipo trabajará contigo para determinar los arreglos financieros que tengan sentido para ambos. Con un acuerdo hecho, nuestro seguimiento conjunto resultará en una provechoso para todos.

Para que podamos presentar el (los) reclamo(s) de seguro correctamente, les pedimos a todos los pacientes que completen nuestro Formulario de información y seguro

### Respecto a los seguros

**Nosotros presentamos las reclamaciones de seguro para todos los pacientes con este beneficio. Nosotros aceptamos la asignación de beneficios del seguro, sin embargo, el saldo es responsabilidad tuya ya sea que tu aseguradora pague o no. No podemos facturar a tu aseguradora a menos que nos brindes la información completa de tu seguro. Tu póliza de seguro es un contrato entre tú y la aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato. Si tu aseguradora no ha pagado el reclamo dentro de 45 días, el saldo total se te transferirá automáticamente. Ese saldo vencerá al momento de la facturación.**

Agradecemos mucho tu pago al recibir los servicios. En caso de que tu aseguradora niegue el pago de algún servicio, tú eres responsable del mismo. Cualquier saldo no cubierto después de que el seguro haya pagado, vence a los 45 días.

**ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, MASTERCARD, VISA, AMERICAN EXPRESS Pregúntanos acerca de las OPCIONES DE FACILIDADES DE PAGO SCARSDALE OFRECE LA OPCIÓN DE PLANES DE PAGO A PLAZOS, CON APROBACIÓN DE CRÉDITO. Doy mi consentimiento para una verificación de crédito.**

Acepto que cualquier saldo no pagado después de 60 días tiene un cargo financiero anual del 18%. Además, acepto que este cargo financiero es igual al 1.5% de mi saldo pendiente por mes. **Estoy consiente que si mi cuenta alcanza un estado de cobranza (90 días) y no hago ningún esfuerzo por liquidarla, mi cuenta será asignada a un abogado o agencia de cobranza. Si Scarsdale Dental Spa tiene que tomar medidas adicionales para cobrar mi cuenta, pagaré TODO el costo de la cobranza, incluidos los costos de la corte y los honorarios de abogados, incurridos por Scarsdale Dental Spa. Doy mi consentimiento para que Scarsdale Dental Spa complete cualquier verificación de crédito si se considera necesario.**

He leído la Filosofía Empresarial y Financiera. Entiendo, acepto y estoy de acuerdo con esta filosofía comercial y financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de Scarsdale Dental Spa

\_\_\_\_\_  
Fecha