

## **POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA OFICINA Y DECLARACIÓN FEDERAL DE VERACIDAD EN PRÉSTAMOS**

Como condición para recibir tratamiento en esta clínica, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La clínica depende del pago de los pacientes por los servicios prestados para poder continuar operando. Por lo tanto, la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes de iniciar el tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio realizado sin arreglos financieros previos, deberán pagarse en efectivo en el momento en que se presten.

Los pacientes que cuentan con seguro dental entienden que todos los servicios dentales se cobran directamente al paciente y que son personalmente responsables del pago total. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro o asistirá en la gestión de cobros con las compañías aseguradoras, acreditando cualquier pago recibido a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta clínica no puede prestar servicios bajo el supuesto de que el seguro cubrirá la totalidad de los cargos.

También acepto la responsabilidad de asegurarme de que mi seguro haya sido facturado por todos los servicios, de verificar y comprender mis deducibles, y de entender los máximos de cobertura, reconociendo que los costos del tratamiento pueden exceder dichos límites. Como cortesía, Lakeside Dental intentará ayudar a entender algunos beneficios básicos del seguro; sin embargo, no cuenta con los recursos para monitorear todos los detalles de cada póliza. Entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento a mis beneficios, cargos, deducibles y máximos.

Se aplicará un cargo mensual del 1.5% (18% anual) sobre cualquier saldo pendiente después de sesenta (60) días desde la fecha del servicio, a menos que existan acuerdos financieros por escrito. Entiendo que los presupuestos de tratamiento son válidos por seis (6) meses desde la fecha del examen. También entiendo que se cobrará una tarifa de \$2.00 por estado de cuenta si se requiere enviar más de uno. Asimismo, entiendo que existe una tarifa del 3% al 10.98% en todas las transacciones con tarjeta.

En consideración por los servicios profesionales prestados, acepto pagar los honorarios en el momento del servicio o dentro de cinco (5) días si se ha otorgado crédito. En caso de que mi cuenta entre en mora, acepto pagar el saldo pendiente más una comisión de cobranza equivalente al 50% del saldo, además de honorarios legales y costos judiciales si fueran necesarios. Autorizo la divulgación de información financiera relacionada con mi cuenta a agencias de cobranza o abogados en caso de ser necesario.

Autorizo a la clínica a comunicarse conmigo en mi hogar o lugar de trabajo para tratar asuntos relacionados con este acuerdo, así como dejar mensajes sobre citas o resultados.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo previo, incluyendo mediación o arbitraje, los cuales quedan anulados.

Autorizo al dentista o su personal a compartir información financiera y de tratamiento con mi compañía de seguros o entidades relacionadas, ya sea electrónicamente, por fax o en papel.

Reconozco haber recibido una copia de las Políticas de Privacidad de esta oficina. También acepto proporcionar los nombres de las personas autorizadas para discutir mi atención dental.

Certifico que he respondido todas las preguntas de manera completa y precisa, y acepto cumplir con las condiciones establecidas.

Entiendo que se me cobrará un mínimo de \$50 por hora por no asistir a una cita o no notificar una cancelación con al menos 1 DÍA HÁBIL COMPLETO o 24 HORAS (lo que sea mayor). (El objetivo no es generar una carga financiera, sino mejorar el acceso para otros pacientes.)

**Firma del paciente / padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Autorizo al Dr. Spencer Luke, DMD, y/o a sus asociados o asistentes designados a realizar los procedimientos necesarios para mantener mi salud dental o la de cualquier menor bajo mi responsabilidad, incluyendo la administración de sedantes (como óxido nitroso), analgésicos u otros medicamentos relacionados con tratamientos restaurativos, terapéuticos o quirúrgicos.

Entiendo que la anestesia local puede causar efectos secundarios como moretones, hematomas, estimulación cardíaca, dolor muscular o entumecimiento temporal o, en raros casos, permanente. También entiendo que, en raras ocasiones, las agujas pueden romperse y requerir extracción quirúrgica.

Entiendo que los tratamientos dentales pueden causar sensibilidad o dolor durante o después del procedimiento, y que algunos materiales o medicamentos pueden provocar reacciones alérgicas.

Después de citas prolongadas, puedo experimentar dolor o sensibilidad en la mandíbula. Mantener la boca abierta puede desencadenar trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). Las encías y tejidos también pueden presentar sensibilidad o dolor.

Aunque es poco común, existe la posibilidad de lesiones en la lengua, mejilla u otros tejidos durante procedimientos dentales, lo cual podría requerir tratamiento adicional.

Entiendo que objetos como coronas o instrumentos pueden ser ingeridos o inhalados accidentalmente, lo cual podría requerir estudios médicos adicionales o procedimientos para su extracción.

Entiendo la importancia de informar sobre medicamentos actuales o pasados, incluyendo aquellos para osteoporosis (como Fosamax, Boniva o Actonel), que pueden afectar la cicatrización ósea.

Asumo voluntariamente todos los riesgos posibles asociados con los tratamientos dentales con la expectativa de obtener los resultados deseados, los cuales no están garantizados. Confirmando que se me han explicado los procedimientos y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

---

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Paciente, tutor legal o representante autorizado)

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_