



MGODENTAL.COM
Family and Cosmetic Dentistry

Dr. Manuel J. Ohannessian, DDS

654 W 4th St. Suite A
San Bernardino, CA, 92410
Tel.: (909) 386-3650 Fax: (909) 386-3690
smile@mgodental.com www.mgodental.com

Aviso Recibido de los Factores de Materiales Dental y Practicas de Confidencialidad

A partir del 1 de enero del 2002, se requiere que todos los dentistas del estado de California le provean copia de los Factores de Materiales Dentales a todo paciente que reciban tratamiento restaurativo. Esta confirmación de recibo debe ser firmada por el paciente o madre/ padre o tutor y archivada en el expediente de cada paciente afirmado haber recibido la copia de los Factores. Este documento no es un consentimiento informado y el estado de California no endosa la información ni recomienda un curso particular de tratamiento; este es un asunto que debe decidirse entre el paciente y su dentista. El propósito de la hoja de factores es proveer información para los pacientes con respecto a los diferentes tipos de materiales que utilizan los dentistas durante el curso del tratamiento restaurativo de odontología, de una manera similar a la que se utiliza en las etiquetas de productos alimenticios. A partir del 14 de abril del 2003, el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que le provean copia de este aviso de las practicas de confidencialidad .

Yo, _____, Eh recibido las siguiente copias de esta oficina.

X _____ 1. Dental Material Fact Sheet. (Factores de Materiales Dental)
Initial

X _____ 2. Notice Of Privacy Practice. (Practicas de Confidencialidad)
Initial

X

X

Firma del paciente/ madre/padre o tutor

Fecha

Políticas de Oficina

Por favor de inicial

X _____ 1. **Falta/cancelaciones de citas:** habrá cargos por cada cita cancelada sin aviso de 24 horas.

X _____ 2. **Pacientes con seguro:** Pacientes con seguro entienden que son responsables por todo los cargos de su servicio dental. Como cortesía prepararemos las formas necesarias para recibir pago de su seguro y le daremos 30 días para que ellos pagan su porción. El día del servicio se colectara su porción estimada de los servicios. Y serán responsables del balance que su seguro no pago.

X _____ 3. **Duplicación de radiografías y archivo:** Habrá un cobro de \$25.00 por cada uno. El cobro se paga antes de la duplicación; después se harán y estarán listos en 7 a 10 días.

X _____ 4. **Información actualizada:** Es la responsabilidad del paciente de informar nos de cualquier cambio se de su Salud o de información de contacto.

Yo certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir las políticas anteriores.

X _____

X _____

Firma del paciente/ madre/padre o tutor

Fecha