

Lista de verificação

- LETRA E LEGÍVEL
- TODOS OS CAMPOS ESTÃO ENCHIDOS (OU MARCADOS N / A)
- (NOVOS PACIENTES) FONTE DE REFERÊNCIA INDICADA**
- ASSINATURA E DATA EM TODAS AS PÁGINAS RELEVANTES
- DETALHES DE CONTACTO DO PACIENTE INCLUÍDO (EMAIL E TELEFONE)
- SSN E DOB (PACIENTES DE SEGUROS QUE NÃO SÃO O SUSCRIPTOR PRIMÁRIO DEVEM FORNECER O NOME, SSN, DOB, EMPREGADOR DO PRIMÁRIO)
- CONTATO DO MÉDICO, CONTATO DE EMERGÊNCIA, CONTATO DE FARMÁCIA (NO MÍNIMO, NOME E TELEFONE)
- ALERGIAS, MEDICAMENTOS, CONDIÇÕES DE SAÚDE EXISTENTES BEM NOTADOS (USE A SEÇÃO DE COMENTÁRIOS COMO É NECESSÁRIO)
- ÚLTIMA VISITA DENTAL, LIMPEZA E DATA DO RAO XIS TOMADOS BEM NOTADOS (USE A SEÇÃO DE COMENTÁRIOS COMO É NECESSÁRIO)
- POLÍTICAS FINANCEIRAS ENTENDIDAS (TRADUÇÃO PORTUGUESA FORNECIDA SE NECESSÁRIO)
- HIPAA DIVULGAÇÃO COMPREENDIDA (TRADUÇÃO PORTUGUESA FORNECIDA SE NECESSÁRIO)
- CÓPIA DE IDENTIFICAÇÃO (LICENÇA, PASSAPORTE)**
- CÓPIA DO CARTÃO DE SEGUROS (SE APLICÁVEL)**
- CÓPIA DO CARTÃO DE CRÉDITO (FRENTE E DORSO)**

Esses formulários são exigidos por lei e nos ajudarão a cuidar melhor. As divulgações e os consentimentos são juridicamente vinculativos, por isso é importante que você entenda o que você está assinando e as respostas que você está dando são precisas e completas ao seu melhor conhecimento. Se você não entender ou precisar de tradução, peça ajuda.

SUA INFORMAÇÃO PESSOAL

**(Esta informação é obrigatória por lei para nossos arquivos e será considerada estritamente confidencial)*

SAUDAÇÃO	_____	NOME DO PACIENTE*	_____	DATA DE HOJE*	_____
	<i>Sr, Sra, Srta, Dr</i>		<i>Primer Nome, Sobrenome</i>		<i>MM/DD/ANO</i>
ENDEREÇO*	_____	CIDADE-ESTADO*	_____	CEP*	_____
	<i>Nro Predio, Rua, Apto #</i>				
GÊNERO	_____	TIPO DE REFERÊNCIA *	_____	NOME DO REFERENTE *	_____
	<i>Femenina, Masculina</i>		<i>Amigo/Familia, Doutor, Fornecedor, Website, Segura, Organizacao, Outro</i>		<i>Quem referiu voce</i>
EMAIL DO TRABALHO*	_____	EMAIL PESSOAL*	_____	EMAIL QUE PREFERE USAR	_____
	<i>(indique N/A se nao aplica)</i>				<i>Trabalho, Pessoal</i>
TELEFONE DO TRABALHO*	_____	TELEFONE PESSOAL*	_____	TELEFONE QUE PREFERE USAR	_____
	<i>(indique N/A se nao aplica)</i>				<i>Trabalho, Pessoal</i>
ESTADO*	_____	DATA DE NASCIMENTO*	_____	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	_____
	<i>Cassado, Solteiro, Divorciado, Viuva, Menor < 18</i>		<i>MM/DD/ANO</i>		<i>###-##-####</i>
TIPO DE IDENTIFICAÇÃO*	_____	NRO. ID OFICIAL*	_____	TEM CÓPIA DE ID NO ARQUIVO?	_____
	<i>Carteira de motorista, Pasaporte</i>				<i>Sim, Nao (Uso Interno)</i>

OUTROS CONTACTOS IMPORTANTES

(Esta informação é crucial, para fins de emergência, preencha todos os campos)

SEU EMPREGADOR *	_____	ENDEREÇO*:	_____	TELEFONE*	_____
	<i>Lugar do emprego (ou indique N/A)</i>		<i>Onde trabalha (ou indique N/A)</i>		<i>Telefone do empregador (ou indique N/A)</i>
SEU MÉDICO *	_____	ENDEREÇO*:	_____	TELEFONE*	_____
	<i>Nome completo do teu doutor</i>		<i>Endereco do doutor (ou indique N/A)</i>		<i>Telefone do doutor</i>
SUA FARMÁCIA *	_____	ENDEREÇO*:	_____	TELEFONE*	_____
	<i>Farmacia mas perto a voce</i>		<i>Endereco de farmacia (ou indique N/A)</i>		<i>Telefone da farmacia</i>
CONTATO EMERGÊNCIA*	_____	RELAÇÃO*:	_____	TELEFONE*	_____
	<i>Nome da pessoa de contato emergencia</i>		<i>Cônjuge, parente, amigo, outro</i>		<i>Telefone do contato emergencia</i>

SEGURO DENTAL

Verifique aqui para ignorar esta seção se sua forma de pagamento não for Seguro (Todos os pacientes do seguro devem fornecer uma cópia do seu cartão para fins de verificação)

NOME DE SEGURO*	_____	GROUP #*	_____	SUBSCRIBER ID #*	_____
	<i>Aetna, Guardian, Delta Dental, United, Cigna</i>		<i>Na frente do cartao</i>		<i>Na frente do cartao</i>
ENDEREÇO DO SEGURO*	_____	PAYOR #*	_____	<i>(Se houver seguro secundário indicar nos comentários abaixo)</i>	
	<i>Endereco para envio do documentacao</i>		<i>No dorso do cartao</i>		
TELEFONE DO SEGURO*	_____	NOME DO SEGURADO*:	_____	RELAÇÃO AO PACIENTE*	_____
	<i>Telefone para ligacoes do medicos</i>		<i>Nome dosegurado primario (se no for voce)</i>		<i>Mesma, Conjuge, Filho, Pae/Mae, Outro</i>
DATA NASCIMENTO*	_____	SSN DO SEGURADO*:	_____	EMPREGADOR DO SEGURADO*	_____
	<i>Data do nascimento do segurado primário (se no for vc)</i>		<i>Nro do seguro social do segurado primario (se no for voce)</i>		<i>Empregador do segurado (se no for vc)</i>

COMENTARIOS

AVISO IMPORTANTE SOBRE O SEU SEGURO

*Se você tem seguro, o Lake Lucerne Lifestyle Dentistry irá ajudá-lo a determinar a cobertura que você possui. Pedimos que você nos atribua os benefícios do seguro. O nosso cuidado médico é fornecido a você, nosso paciente, e não a uma companhia de seguros. Assim, a companhia de seguros é responsável pelo paciente e o paciente é responsável perante o médico. **Saldos de mais de 60 dias são devidos na totalidade pelo paciente.***

ASSINATURA E LIBERTAÇÃO

(A assinatura do responsável pelo pagamento dos serviços prestados ao paciente é requerida aqui)

Por meio deste, eu autorizo o pagamento diretamente ao consultório odontológico dos benefícios de seguro grupal. Compreendo que sou responsável por todos os custos do tratamento odontológico. Por este meio, eu autorizo o consultório odontológico a administrar esses medicamentos e a realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento odontológico adequado. As informações contidas nesta página e as histórias dentárias / médicas são corretas ao meu conhecimento. Eu concedo o direito ao dentista para liberar minhas histórias dentárias / médicas e outras informações sobre o meu tratamento odontológico para terceiros e / ou outros profissionais de saúde. Eu percebo que um adulto responsável (pai ou responsável) deve permanecer no escritório enquanto se trata um menor. Respeito aos serviços odontológicos que recebo, consinto que as fotografias, o áudio e a gravação de vídeo podem ser tiradas de mim para o uso explícito da pesquisa, educação, treinamento ou ciência odontológica; desde que seja entendido especificamente que, em qualquer publicação ou uso, não devo ser identificado pelo nome. Eu renuncio a todos os direitos que eu possa ter em relação a qualquer pedido de pagamento em relação a qualquer exibição, televisão ou outra exibição de fotografias / fita de vídeo, independentemente de tal uso ser um patrocínio comercial, institucional ou privado e independentemente de qualquer cobrança recebida.

ASSINATURA:

DATA:

MM/DD/ANO

QUESTIONÁRIO MÉDICO

(Estas questões são necessárias para cuidados adequados. Elas asseguram que o tratamento leva em consideração sua saúde passada e presente).

HISTÓRICO MÉDICO

VOCÊ ESTÁ EM BOA SAÚDE?*	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	VOCÊ ESTÁ TOMANDO MEDICAÇÃO AGORA? *	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	*use o espaço na caixa de comentários, se necessário	
DATA DO ÚLTIMO EXAME FÍSICO*	_____	<i>SE SIM, QUAL MEDICAÇÃO (S)?</i>	_____	_____	_____
VOCÊ ESTA SOB CUIDADO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>QUE DOSAGEM?</i>	_____	_____	_____
<i>SE SIM, O QUE FAZ?</i>	_____	VOCÊ TEM ALGUNS ALERGIAS CONHECIDAS? *	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	_____	_____
VOCÊ TIVE UMA DOENÇA SÉRIA?*	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>ANESTÉSICAS LOCAIS</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>ASPIRINA</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
<i>SE SIM, O QUE FOI?</i>	_____	<i>PENICILINA OU OUTROS ANTIBIÓTICOS</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>DROGAS SULFA</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
VOCÊ FOI HOSPITALIZADO? *	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>BARBITURADOS, SEDATIVOS, COMPRIMIDO PARA DORMIR</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>CÓDEINA OU OUTRA NARCÓTICA</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
<i>SE SIM, O QUE FAZ?</i>	_____	<i>iodo</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>LATEX</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
VOCE FUMA?*	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	<i>DE OUTROS</i>	_____	<i>METAIS</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
<i>SE SIM, QUANTO?</i>	_____	-----PARA MULHERES-----			
VOCÊ BEBE ÁLCOOL?*	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA OU PODE ESTAR? *	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	VOCÊ ESTA AMAMENTANDO? *	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
<i>SE SIM, QUANTO NAS ÚLTIMAS 24 HRS</i>	_____	<i>SE SIM, QUANTAS SEMANAS?</i>	_____	FAZENDO CONTROLE DE NATALIDADE?*	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO

Indique se você tem ou teve uma das seguintes condições (Circule Sim ou Nao)

VÁLVULA DE CORAÇÃO ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	AIDS OU INFECÇÃO DE HIV	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEPATITIS / DOENÇA DO FÍGADO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TUMORES OU CRESCIMENTOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ENDOCARDITE INFECTIVA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ARTRITE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOR NA MANDIBULA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOENÇA AUTOIMUNE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CONVULÇÕES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOR DE CADEIRA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DOENÇA DO CORAÇÃO CONGENITAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFELIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	RANGE SEUS DENTES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DOENÇA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	OSTEOPOROSE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DIFICULDADE RESPIRATÓRIAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ANGINA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ENXAQUECA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	INFECÇÕES RECURRENTES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ARTERIOSCLEROSE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	AFTAS / BOLHAS DE FEBRE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PROBLEMAS DO RIM	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EMATOMAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FALHA DO CORAÇÃO CONGESTIVA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ASMA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PROBLEMAS DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LESÕES NO PESCOÇO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VÁLVULA DE CORAÇÃO DANIFICADA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	BRONQUITE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SINUSITIS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ATAQUE CARDÍACO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ENFISEMA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DISTÚRBIOS DO SONO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
SOPRO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TRATAMENTO CANCER / CHEMO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ANEMIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	RONCO / APNEIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
OUTROS DEFEITOS CORAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DIABETES TIPO I OU II	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TRANSFUSÃO DE SANGUE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	OUTRAS (INDIQUE ABAIXO)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PRESSÃO SANGUÍNEA BAIXA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DESORDEM ALIMENTAR	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOENÇA TRANSMITIDA SEXUALMENTE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOENÇA GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PROLAPSO DA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	REFLUXO / AZIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SANGUE ANORMAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PACEMAKER	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

COMENTARIOS

AUTORIZACAO

(A assinatura do paciente ou pai / responsável é requerida aqui)

As informações que forneci neste formulário são precisas e completas ao meu melhor conhecimento. Eu entendo que essa informação será realizada com a mais rigorosa confiança e que é minha responsabilidade informar esse escritório sobre quaisquer alterações nas informações acima. Não vou acusar ao dentista ou qualquer membro do seu equipe responsável por quaisquer erros ou omissões que eu possa ter feito na conclusão deste formulário. Eu autorizo ao equipe dentário a realizar os serviços odontológicos necessários que eu possa precisar durante o diagnóstico e tratamento, com o meu consentimento informado.

ASSINATURA

DATA

MM/DD/ANO

QUESTIONÁRIO DENTAL

HISTÓRICO DENTAL

RAZÃO PARA A VISITA DE HOJE * _____

QUAL FOI O SEU DENTISTA PREVIO PORQUE TERMINOU _____

FREQUÊNCIA DE FIO DENTAL (SEMANAL)* _____

FREQUÊNCIA DE ESCOVA (DIÁRIO)* _____

TIPO DE ESCOVA PREFERIDA _____

SEUS DENTES MOVEM? SIM NAO

VOCÊ TEM MAU HALITO* SIM NAO

VOCÊ TEM DENTADURAS* SIM NAO

SE SIM, HA QUANTO TEMPO? _____

VOCÊ GOSTA DELES? _____

VOCÊ GOSTA DO SEU SORRISO? * SIM NAO

SE NÃO, POR QUE NÃO _____

O CONCEITO DO SPA DENTAL INTERESSA? SIM NAO

(Estas questões são necessárias para cuidados adequados. Eles asseguram que o tratamento leva em consideração sua saúde passada e presente).

COMO DESCREVE SUA SAÚDE DENTAL * _____

VOCÊ TIVE EXPERIÊNCIA DENTAL RUIM?* SIM NAO

VOCÊ PRECISA ANTIBIÓTICOS ANTES DO TRATAMENTO * SIM NAO

VOCÊ TIVE TRATAMENTO GENGIVAL* _____

SE SIM, QUANDO _____

TEM PROBLEMA COM ANESTÉSIA LOCAL? * SIM NAO

VOCÊ TEM ANSIEDADE DENTAL? * SIM NAO

SE SIM, QUANTO _____

VOCÊ PRECISA SEDAÇÃO ANTES DO TRATAMENTO* SIM NAO

SE SIM, QUAL TIPO VOCÊ PREFERE _____

VOCÊ TEM DOR DE MANDIBULA? SIM NAO

VOCÊ CONSIDERIA BOTOX / FILLERS? SIM NAO

SE SIM, PARA ONDE (USE O ESPACIO ABAIXO) _____

O CONCEITO DE AROMATERAPIA DENTAL INTERESSA? SIM NAO

QUANDO FOI SUA ÚLTIMA VISITA DENTAL * _____

QUANDO FOI SUA ÚLTIMA LIMPEZA * _____

QUANDO FORAM OS ÚLTIMOS RAIOS XIS? _____

VOCÊ TIVE APARELHOS ANTES? * SIM NAO

SE SIM, POR QUANTO TEMPO? _____

SUAS GENGIVAS SANGRAM QUANDO ESCOVAR?* SIM NAO

VOCÊ TEM SENSIBILIDADE AO QUENTE / FRIO * SIM NAO

VOCÊ ESTA FALTANDO DENTES? SIM NAO

VOCÊ RANGE SEUS DENTES * SIM NAO

SUA BOCA E SECA?* SIM NAO

SUA ÁGUA EM CASA E FILTRADA SIM NAO

COM QUAL FREQUÊNCIA BEBE ÁGUA PURIFICADA ODONTOLOGIA DO MESMO DIA INTERESSA? SIM NAO

COMENTARIOS

AUTORIZACAO

(A assinatura do paciente ou pai / responsável é requerida aqui)

As informações que forneci neste formulário são precisas e completas ao meu melhor conhecimento. Eu entendo que essa informação será realizada com a mais rigorosa confiança e que é minha responsabilidade informar esse escritório sobre quaisquer alterações nas informações acima. Não vou acusar ao dentista ou qualquer membro do seu equipe responsável por quaisquer erros ou omissões que eu possa ter feito na conclusão deste formulário. Eu autorizo ao equipe dentário a realizar os serviços odontológicos necessários que eu possa precisar durante o diagnóstico e tratamento, com o meu consentimento informado.

ASSINATURA

DATA

MM/DD/ANO

No Lake Lucerne Lifestyle Dentistry, estamos empenhados em oferecer os melhores cuidados disponíveis aos nossos pacientes. Para conseguir isso, fizemos investimentos significativos na melhor tecnologia que encurtará a duração dos tratamentos, muitas vezes resultando em resoluções do mesmo dia. Para pacientes com alta ansiedade, nosso equipamento avançado garante a maior quantidade de conforto, o que significa pouco ou nenhum sangramento ou dor. Para garantir que você esteja confiante sobre os diagnósticos que damos e sobre os planos de tratamento que recomendamos, procuramos ilustrar todas as condições identificadas na tela e fornecer explicações completas sobre como pretendemos abordá-las. Uma vez que você esteja satisfeito com o diagnóstico e o plano apresentado, oferecemos opções de pagamento flexíveis para garantir que as finanças nunca sejam uma barreira para receber cuidados adequados e oportunos. Nós sabemos que você tem uma escolha, e nós apreciamos a confiança que você investiu em nós. Abaixo estão as práticas importantes que implementamos para garantir o pagamento atempado dos serviços prestados.

1. PLANOS DE TRATAMENTO TRANSPARENTES E ESTIMATIVAS DE CUSTOS

Você receberá um plano de tratamento claro e abrangente, uma vez que avaliamos a saúde bucal geral. Será acompanhado de uma estimativa detalhada dos custos associados, incluindo os benefícios estimados do seguro, se aplicável. Para garantir a máxima transparência, pedimos aos pacientes que aceitem planos de tratamento por escrito - e especifique as formas de pagamento antecipadamente.

2. POLÍTICA DE PAGAMENTO

O pagamento é devido, o mais tardar, quando os serviços são prestados. As formas aceitáveis de pagamento incluem dinheiro, cartões de crédito, cheques ou ordens de pagamento, CareCredit e benefícios de seguro atribuídos. Para planos acima de US\$ 5.000 que exigem várias visitas ao escritório, exigiremos um depósito mínimo de 50% antecipado, sendo o restante devido ao alinhamento à entrega de serviços. **Para planos de tratamento acima de US\$ 5.000 pré-pagos em dinheiro, ordem de pagamento ou cheque, oferecemos um desconto de cortesia de 5% (ou 3% para pré-pagamentos feitos com cartão de crédito).**

3. SEGURO DENTAL

Toda a cobertura de seguro DEVE SER verificada antes do início do tratamento. Os pacientes que se inscrevem nos seguros com os quais participamos serão cobrados de acordo com os termos do nosso acordo com cada segurador. **O seguro não é uma garantia de pagamento e, muitas vezes, não cobrirá todos os custos envolvidos com o seu tratamento.** Ajudaremos a confirmar a cobertura antecipadamente e apresentaremos sua reivindicação como uma cortesia para você, no entanto, as estimativas fornecidas por nós devem ser consideradas diretrizes até que o pagamento do seguro final seja recebido e sua conta seja reconciliada. **Você é responsável por todas as dívidas que o seguro não cobre.**

4. CARGOS DE SERVIÇO / PENALIDADES

De acordo com a Lei do Estado da Flórida, **uma taxa de serviço de 1,5% ao mês (18% ao ano) será aplicada em todas as contas inadimplentes que excedam 30 dias.** Qualquer cancelamento de última hora deixa seus doutores com cadeiras de tratamento vazias que outros pacientes poderiam ter utilizado se você nos informasse em tempo hábil. Por este motivo, **exigimos uma notificação de 24 horas sobre quaisquer mudanças dos compromissos agendados e nos reservamos o direito de cobrar US \$ 1 por cada minuto de hora perdida de nomeação, caso contrário.**

5. PAGAMENTO POR CHEQUE

O pagamento por cheque autoriza o início de uma entrada de débito na sua conta corrente no seu banco para o valor no cheque **MAIS um montante adicional para as taxas de cobrança aplicáveis, se o cheque for desonrado. A lei da Flórida designa que as seguintes taxas serão devidas por cada cheque retornado: US \$ 25 para cheques inferiores a US \$ 50; \$ 30 para cheques entre \$ 50-300; \$ 40 para cheques de mais de US \$ 300.**

AUTORIZAÇÃO FINANCEIRA

(Esta é a sua autorização para liquidar dívidas, incluindo saldos não cobertos pelo seguro. É necessária uma cópia do cartão de crédito.)

Tipo de Cartão do Crédito

Visa, Mastercard, American Express

Nro Cartão Crédito

Data Vencimento

____/____/_____
MM/DD/ANO

CCV (3 Dígitos)

Dorso do cartão

Eu reconheço e aceito as políticas acima e autorizo o uso do cartão de crédito referenciado para liquidar quaisquer dívidas não pagas.

ASSINATURA

DATA

MM / DD / ANO

Isso representa sua autorização para a divulgação de informações de saúde protegidas conforme exigido pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde - 45 CFR Partes 160 e 164.

I. Transferir registros para outros provedores

Autorizo o Dr. De Oliveira e a equipe a realizar todos os procedimentos que são discutidos e mutuamente acordados no curso do tratamento sobre mim, o paciente. Autorizo o Dr. De Oliveira e a equipe a transferir meus registros para outro profissional de saúde no caso de uma remessa para tratamento. Esta autorização não me obriga a continuar uma relação médico / paciente com qualquer profissional de saúde, exceto por minha própria escolha.

II. Liberação para hospitais

Eu autorizo o Dr. De Oliveira a liberar para o hospital ou planos de serviços de saúde, companhias de seguros, autoassurados ou seus representantes todas e quaisquer informações e registros (incluindo raios xis) sobre minha história médica, ou sobre serviços prestados ou tratamento que me foi dado é necessário rever, investigar ou avaliar qualquer pedido de benefícios. Se a minha cobertura estiver sob o acordo mestre do grupo mantido pelo meu empregado, uma associação, fundo fiduciário, sindicato ou entidade similar, sua autorização também permite divulgação para fins de revisão de utilização ou auditoria financeira.

III. Submeter reclamações a companhias de seguros dentários

Autorizo o Dr. De Oliveira a apresentar pedidos de pagamento por serviços à minha companhia de seguros dentais em meu nome e em meu nome e atribuir a esse fornecedor os benefícios de seguro de grupo, de outra forma, pagar-me, mas não exceder as taxas reais do provedor pelo coberto Serviços. Se os benefícios forem pagos na íntegra no momento do serviço, os benefícios serão atribuídos a mim. **Eu entendo que eu sou financeiramente responsável por quaisquer encargos não cobertos por benefícios de seguro.**

IV. Aviso de Práticas de Privacidade

Li uma cópia do aviso de práticas de privacidade deste escritório. Eu sei que tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização, por escrito, a qualquer momento.

V. Comunicacoes de Rotina

Eu autorizo este escritório a fazer chamadas de rotina para confirmar meu compromisso e entendo que uma mensagem pode ser deixada com uma pessoa responsável ou atendente. Além disso, acordo que o Dr. De Oliveira e / ou os membros da equipe podem se comunicar comigo em mensagens de e-mail e texto quando necessário. Isso inclui, mas não está limitado a: texto / email para confirmar meus compromissos, perguntas sobre possíveis tratamentos, perguntas após o tratamento ativo.

VI. Outras Partes que podem receber suas informações

Eu autorizo as pessoas abaixo para ter acesso a minhas informações de saúde: (Isso pode incluir seu cônjuge, filhos, pais ou cuidadores que podem acessar seus registros de pacientes)

_____	NOME	_____	RELACAO
_____	NOME	_____	RELACAO
_____	NOME	_____	RELACAO

Eu reconheço e aceito as políticas acima e autorizo o uso do cartão de crédito referenciado para liquidar quaisquer dívidas não pagas.

ASSINATURA

DATA

MM / DD / ANO