

Nombre del Paciente

PATIENT, NAME

Expediente#

1

Yo, _____, reconozco que he leído la Hoja de Materiales Dentales "Los Rellenos Dentales" escrita por el Board Dental de California.

Firmando este documento, Yo, _____, reconozco que he leído la copia de Información sobre las Prácticas de Privacidad de Smile LA Dental.

Propósito del Consentimiento: al firmar esta forma, yo autorizo el uso y distribución de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de cobro y otras actividades relacionadas a su salud oral.

Usted puede obtener una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad, incluyendo revisiones de nuestra Noticia, en cualquier momento contactando: SMILE LA DENTAL, teléfono (323) 734-9333 dirección 2706 W. Jefferson Blvd. Los Angeles, CA 90018.

Firma en expediente: Yo, autorizo a Smile LA Dental a que pongan mi nombre en los documentos relacionados con mi salud dental o de mis dependientes, para mi seguridad dental.

Notificación: Cobro por NO ASISTIR, o no cancelar a su cita dental.

Por favor notificarnos 1 día (24 horas) en adelantado si no va a poder asistir a su cita. Se cobrará \$20 (veinte) dólares a su cuenta por cada cancelación tardía, no asistir a su cita o llegar tarde sin habernos avisado con tiempo.

Con esta firma, Yo, _____, reconozco que se me ha informado de estos cargos.

COMO SE ENTERO DE NOSOTROS?

Por favor marque uno:

- Internet
- Familia/amigo/vecino
- Flyer
- Aseguradora
- Caminando
- Letreros del edificio
- Otro

Patient/Responsible Party Name

Signature

Date