

Dr. Daniel Thrall, DDS  
305 Northridge Circle  
Guymon, OK 73942

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

**Declaración de política financiera**

**Términos y condiciones:** Entiendo que el pago completo es habitual en el momento del tratamiento. Todas las emergencias estarán en una base de efectivo solamente. Si llevo seguro, esta oficina prepara las formas de mi compañía de seguros, sin embargo, soy responsable de cualquier balance después de 60 días, se cobrará un cargo por servicio del 33% máximo anual del saldo, costos, y gastos, incluyendo gastos razonables de abogado.

Entiendo que si fallo a 3 citas o más me pueden despachar como paciente y tendré que pagar \$50. También entiendo que debo de dar al menos 24 horas de aviso antes de fallar a mi cita si posible.

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

**Información de consentimiento**

**El consentimiento para el tratamiento:** Entiendo que la información fue dada hoy es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información se realizará en la confianza de restricta. Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi condición medica. Autorizo este personal dental para realizar cualquier servicio dental necesario con el consentimiento informado durante el diagnóstico y tratamiento. Yo entiendo que durante mi tratamiento tal vez sea necesario cambiar o añadir procedimientos para condiciones encontradas mientras trabajamos en los dientes durante examinación. El más común siendo endodoncia, siguiendo procedimientos de restauración. Doy consentimiento de hacer cualquier/o todos los cambios y añadimientos necesarios.

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

**Acuse de aviso de privacidad**

Yo, \_\_\_\_\_, he demostrado y sido dada oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento de la oficina forma y notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento al uso y divulgación de mi información protegida de salud de la oficina para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

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

Si esta autorización fue firmada por el presente personal en nombre de el/la paciente, complete lo siguiente.

Nombre Del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_