



Dr. Beatriz Galofre DDS
720 Sunrise Ave. Suite 120A Roseville, Ca 95661

Registro del paciente

Reconocimiento y Consentimiento

1. Yo autorizo al doctor o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y otras ayudas diagnósticas consideradas apropiadas por el doctor para hacer un diagnóstico de mis necesidades dentales o de mi dependiente.
2. Doy mi consentimiento al doctor o al personal designado de usar y revelar información médica perteneciente a mi o mis dependientes ya sea en forma oral, escrita o electrónica con el propósito de llevar a cabo mi tratamiento, obtener pago del mismo y proporcionar el cuidado de mi salud. Yo autorizo a la oficina de Beatriz Galofre DDS a que comparta toda mi información médica pertinente y archivos con doctores a quienes necesite ser referido yo o mis dependientes cuando la situación así lo requiera. Yo entiendo que la mínima cantidad de información necesaria para proveer un cuidado de calidad será usada o revelada y que hay documentos disponibles delineando la protección de mi información médica personal.
3. Autorizo El pago directo de los beneficios de mi seguro dental por servicios prestados directamente a Beatriz Galofre DDS de otra manera pagados a mi. En el caso de que la compañía de seguros cometa errores de dirección hacia mi, yo entiendo que soy responsable de inmediatamente remitir esos pagos a Beatriz Galofre DDS.
4. Estoy de acuerdo a ser responsable por el pago de todos los servicios rendidos a mi o a mis dependientes. Entiendo que el pago se debe realizar al tiempo del servicio a no ser que otros arreglos hayan sido hechos. En el caso de que los pagos no sean realizados en las fechas acordadas, yo entiendo que un ½ % por cargo de demora (18%APR) o \$15 puede ser añadido a mi cuenta por cada fecha de pago demorado. Estoy de acuerdo con informar a Beatriz Galofre DDS de cualquier cambio de número telefónico o de dirección dentro de los 30 días de ocurrido dicho cambio. En el caso de que no le informe a Beatriz Galofre DDS del cambio, autorizo que use cualquier medio necesario, incluyendo los archivos de mi historial de crédito para obtener mi nueva dirección con propósitos de facturación.
5. Reconozco que he recibido información de la política de cancelación de la oficina de la oficina Beatriz Galofre DDS. Falla en cancelar o re agendar las cita con al menos 24 horas de anticipación o llega a tiempo, resultan en un cobro de \$50 dólares. Iniciales _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma de Padre o madre/Parte responsable _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Testigo _____