

# Elite Dental

1619 Providence Road S  
Waxhaw, NC 28173  
(704) 627-8327

## BEM-VINDO À NOSSA PRÁTICA!

Obrigado por confiar em nossa equipe seu atendimento odontológico! Orgulhamo-nos de excelência e oferecemos uma gama completa de serviços para você e toda a sua família. Os cuidados podem começar para sua família a partir dos 2 anos de idade. Você pode ter certeza de que nossa equipe altamente qualificada e nossas instalações avançadas oferecem os melhores cuidados disponíveis. Cuidados pessoais e atenção ao seu caso são sempre fornecidos em abundância, pois esperamos mantê-lo como paciente nos próximos anos! Nós nos esforçamos para tornar o seu tempo conosco hoje uma experiência agradável, por favor, informe-nos se tiver algum pedido especial!

Para pacientes sem seguro, o pagamento integral é devido no dia do tratamento.

Para pacientes com seguro odontológico, co-pagamentos são necessários no dia do tratamento. As companhias de seguros não garantem o pagamento em nosso consultório odontológico. As companhias de seguros se reservam o direito de alterar ou alterar os benefícios, dependendo da subscrição do seu plano de seguro. Um cartão de seguro odontológico não é garantia de benefícios. Todas as taxas mostradas em relação ao seguro são uma estimativa. Se a companhia de seguros decidir que um pagamento reduzido deve ser efetuado, o saldo remanescente será de responsabilidade do paciente ou garante da conta. Esteja ciente de que alguns compromissos podem exigir um depósito. Informaremos você sobre essa instância, caso ela se aplique.

### \*\*\* Pedido de Seguro \*\*\*

Benefício alternativo: é quando uma companhia de seguros decide rebaixar um recheio ou coroa. Um recheio de resina (cor de dente) em um recheio de amálgama (prata) ou uma coroa em cor de dente em uma coroa de prata. Se uma companhia de seguros optar por pagar o benefício alternativo, você será responsável pela diferença. Por favor, pergunte à nossa equipe da frente qualquer esclarecimento sobre o benefício alternativo.

Por favor, entenda que nosso escritório é orientado por nomeação. Quando você marca uma consulta, pessoal treinado, tempo e equipamentos odontológicos são reservados exclusivamente para você e seu procedimento. Consultas perdidas aumentam o custo do atendimento odontológico quando as instalações reservadas são deixadas em branco. **Se você não puder marcar uma consulta, deve avisar nosso escritório com pelo menos 24 horas de antecedência ou uma taxa de nomeação de US \$ 50,00 poderá ser cobrada em sua conta e sua capacidade de marcar consultas futuras será limitada.** Nós respeitamos seu tempo, tenha certeza de que faremos todos os esforços para vê-lo no horário programado e concluir os procedimentos em tempo hábil.

Agradecemos por respeitar as políticas e procedimentos do escritório e esperamos ajudá-lo a manter seu sorriso saudável!

Atenciosamente,

Friendly Dental-Pineville

---

Assinatura

---

Data

# CONSENTIMENTO DO PACIENTE EM RECEBER AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO LIMITADA

Data: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado reconhece o recebimento de uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade atualmente em vigor para este estabelecimento de saúde. Uma cópia deste documento datado e assinado deve ser tão eficaz quanto o original. MINHA ASSINATURA TAMBÉM SERÁ UM LANÇAMENTO DE DOCUMENTO PHI, SOLICITAR TRATAMENTO OU RADIOGRAFIAS A ENVIAR A OUTROS DOUTORES / INSTALAÇÕES ATUAIS DO FUTURO.

\_\_\_\_\_  
Por favor, imprima seu nome

\_\_\_\_\_  
Por favor, assine seu nome

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Descrição da Autoridade

Seus comentários sobre Agradecimentos ou Consentimentos: \_\_\_\_\_

COMO VOCÊ QUER SER CHAMADO QUANDO ESTÁ NA ÁREA DE RECEPÇÃO DO ESCRITÓRIO:

Apenas o primeiro nome       Sobrenome       Outros: \_\_\_\_\_

NOMEAR PESSOAS QUE PODEM TER ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DE SAÚDE: (Estes incluem padrastos, avós e qualquer pessoa que presta assistência ao paciente e tem acesso a informações pessoais de saúde):

Nome: \_\_\_\_\_

Relação: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Relação: \_\_\_\_\_

AUTORIZO O CONTATO DESTE ESCRITÓRIO PARA CONFIRMAR NOMEAÇÕES, TRATAMENTO OU DECLARAÇÕES DE CONTA PELOS SEGUINTE VIA / S:

telefone celular     telefone residencial     Telefone de Trabalho     Texto     Correio eletrônico     Nenhum

AUTORIZO QUE SERÁ COMUNICADO SOBRE MINHAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE / DENTAL PELA SEGUINTE VIA:

telefone celular     telefone residencial     Telefone de Trabalho     Texto     Correio eletrônico     Nenhum

AUTORIZO ME CONTATO SOBRE SERVIÇOS, EVENTOS, INCLUINDO EVENTOS ESPECIAIS DA CLÍNICA PARA COMUNIDADE VIA:

telefone celular     telefone residencial     Telefone de Trabalho     Texto     Correio eletrônico     Nenhum

Ao assinar este formulário HIPAA, o paciente reconhece e autoriza este escritório a recomendar produtos ou serviços para promover e melhorar sua saúde. Este escritório não recebe remuneração dessas empresas. Nós, de acordo com os avisos mais recentes das regras de ônibus da HIPAA, fornecemos isso a você para suas informações e consentimento.

Para uso somente nesta oficina / Office use only

As privacy officer, I attempted to obtain the patients (or representative) signature on the Acknowledgement but did not because:

\_\_\_ It was emergency treatment

\_\_\_ I could not communicate with the patient

\_\_\_ The patient refused to sign

\_\_\_ The patient was unable to sign because:

\_\_\_ Other (please describe) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Privacy Officer

# *Elite Dental*

Bem-vindo ao Friendly Dental A partir de agora, usaremos os meios de mensagem de texto e e-mail para lembrá-lo de:

- \* consultas
- \* quando é hora de limpeza dental
- \* ofertas especiais

Por favor inclua seu endereço de email e número de telefone celular!

CORREIO ELETRÔNICO: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Número do celular: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Também gostaríamos que você nos informasse por qual meio você ouviu falar de nós!**

Selecione uma ou mais opções:

- Referido por um paciente: (Quem o indicou?) \_
- Referido por um funcionário da Friendly Dental: (Quem o indicou?)\_\_\_\_\_
- Pagina web /na Internet    Televisão    Anúncio do Jornal de Rádio / Aviso do Escritório
- Evento / Festival / Apresentação: \_\_\_\_\_
- Outro Anúncio                       Outros: \_\_\_\_\_

Se você selecionou mais de um, indique o que mais o influenciou a entrar em contato com a Friendly Dental.