

Patient Name _____ Birthdate _____
Medicaid ID # _____

1. I have had the opportunity to review a copy of this office's Notice of Privacy Practices and I consent to the use of my protected health information for treatment, payment and the healthcare operations of Ocean Dental as summarized in the Notice of Privacy Practices.

* You may refuse to sign this Privacy Practices Acknowledgement *

Signature _____
Date _____

- 2. I, the parent/legal guardian, may not leave Ocean Dental property during my child's dental visit.
- 3. Ocean Dental requests that the parent or legal guardian remain in the lobby during the patient's dental visit. Exceptions may be made under certain circumstances and when it is in the best interest of the patient.
- 4. Ocean Dental requires a 24 hour notice for cancellation of appointments. If a 24 hour notice is not given, it will be counted as a missed appointment. Numerous missed appointments may result in the patient being treated on a walk-in basis.
- 5. I understand that Ocean Dental is set up to provide dental services for patients receiving Medicaid/HMO, as well as other third party insurance benefits. If my insurance benefits are terminated, I can remain a patient at Ocean Dental on a fee for service basis. *Fee for service benefits are not available at all locations.
- 6. FINANCIAL RESPONSIBILITY: I, or legal guardian, will be responsible for any amounts due for services rendered at Ocean Dental not otherwise payable by insurance or State Government Program. This includes, but is not limited to, non-covered services, deductible, and coinsurance amounts.
- 7. I understand that it is my responsibility to make sure all insurance information is accurate at all times and must notify Ocean Dental of all changes that may occur. Failure to provide accurate information could result in denied claims, and payment will be expected to be paid in full by the patient/legal guardian.
- 8. Authorization of Release of Information for Treatment, Payment or Operations: I authorize any holder to release any information about me to my insurance or its agents to assist in determining my benefits and/or benefits payable for related services.
- 9. I, the patient/legal guardian, authorize Ocean Dental to perform an examination, dental prophylaxis (cleaning), fluoride treatment, and take necessary radiographs (x-rays) as needed.

Signature _____ Date _____

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices.
Our Acknowledgement could not be obtained.

- () Individual refused to sign
- () Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- () An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement
- () Other (Please Specify) _____

Initials _____ Date _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Medicaid ID # _____

1. He tenido la oportunidad de revisar una copia de el "Aviso de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)" y consiento que utilizen mis datos protegidos personales de salud dental para tratamiento, pago, y operaciones de Ocean Dental tal como esta indicado en el "Aviso de Practicas de Privacidad".

* Usted puede negar de firmar este Aviso de las Prácticas de Privacidad *

Firma _____
Fecha _____

- 2. Yo, el Padre/Tutor Legal, no puede salir de la propiedad durante la visita dental de mi hijo.
- 3. Ocean Dental pide que el padre o guardián legal se queda en el vestíbulo durante la visita dental de paciente. Las excepciones pueden ser hechas bajo ciertas circunstancias y cuando están en el mejor interés del paciente.
- 4. Ocean Dental requiere un aviso de 24 horas para la cancelación de sus citas. Si una notificación de 24 horas no es dada, contará como una cita perdida. Numerosas citas perdidas pueden tener como resultado que el paciente sea tratado en una base de venir sin llamar.
- 5. Entiendo que Ocean Dental puede rendir servicios dentales para pacientes que tienen Medicaid/HMO al igual que seguros dentales privados. Si mi seguro dental caduca, puedo seguir como paciente de Ocean Dental pagando en efectivo (cash). *Servicios dentales para pacientes pagando en efectivo no esta disponible en todas las clinicas de Ocean Dental.
- 6. Responsabilidad Financiera: Yo, o guardián legal se hará responsable por cualquier cargo monetario por los servicios rendidos o recibidos por Ocean Dental, amenos que sean pagados por aseguranza (o) Programa del Estado de Gobierno. Esto incluye, pero no limitado a servicios no cubiertos, deducibles y cargo de Coseguros.
- 7. Yo comprendo que es mi responsabilidad de verificar que toda la información de la aseguranza este correcta y notificare ha Ocean Dental de cualquier cambio. Cualquier fracaso de proporcionar información correcta podría tener como resultado que su aseguranza rechacé los cargos, y los cargos monetarios se harán responsabilidad de padre/guardián legal.
- 8. Autorización de usar y revelar información para el tratamiento, el pago monetario y sus operaciones: Yo autorizo que pueden revelar cualquier información a mi aseguranza o sus agentes para asistir en determinar mis beneficios o beneficios pagables por los servicios rendidos.
- 9. Yo, (el paciente/guardián legal), autorizo Ocean Dental para realizar un examen, profilaxis dental (limpieza dental), tratamiento de fluoruro y tomar las radiografías (rayos X) necesarias.

Firma _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices.
Our Acknowledgement could not be obtained.

- () Individual refused to sign
- () Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- () An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement
- () Other (Please Specify) _____

Initials _____ Date _____