

Dental Connections, Inc.
PATIENT CONSENT

Clinical Consents

1. I authorize the dental team (inclusive of dentists, hygienists, and dental assistance) in attendance to treat myself, child, or ward as applicable to perform all dental procedures including but not limited to diagnostic, preventative and restorative procedures as may be deemed necessary by the dentist. I understand that Dental Connections, Inc. participates in educational rotations for dentists/dental assistants and that the patient may be treated by a student, but will be notified in advance to allow declination.
2. I authorize the Practice to take radiographs, study models, photos, and other diagnostic aids or materials (collectively, "Diagnostic Material") as needed to make a thorough diagnosis. I authorize that such Diagnostic Material may be released to third-party payers and/or other health professionals.
3. I authorize the use of anesthetics, sedatives, and other medication, as needed, and am fully aware that using anesthetic agents involves certain risks, including but not limited to redness and swelling of tissues, pain, itching, vomiting, dizziness, miscarriage, cardiac arrest, drowsiness, and/or lack of coordination.

Financial and Insurance Consents

1. I understand that I am responsible for the payment of all services rendered on behalf of the patient for anything insurance does not cover. I understand that payment is due when services are rendered and that failure to pay will turn my account delinquent, which could result in being sent to a collections agency.
2. I understand that providing any false or misleading claims, statements, documents, or concealment of a material fact or failure to provide requested information may result in the termination of any financial assistance granted to the patient, and I will be responsible for the full fees of any previously discounted services, if applicable.
3. I authorize Dental Connections, Inc. to release to staff, hospitals, health care service plans, insurance companies, self-insurers, or their representatives' any and all information, records, and radiographs about the Patient's medical history, services, rendered, or recommended treatment as needed.
4. I authorize Dental Connections, Inc. to submit claims for payment for services rendered or pre-authorizations necessary to the insurance company, on the patient's behalf with my name listed as "signature on file" and request that insurance payments be paid directly to Dental Connections, Inc. I am responsible for payment regardless of the coverage provided.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Consentimiento Clínico

1. Autorizo al equipo dental (incluyendo a los dentistas, higienistas y asistencia dental) en asistencia a tratarme a mí mismo, a mi niño o a mi pupilo, según sea aplicable, para realizar todos los procedimientos dentales incluyendo pero no limitado a procedimientos diagnósticos, preventivos y restaurativos que puedan ser considerados necesarios por el dentista. Entiendo que Dental Connections, Inc. participa en rotaciones educativas para dentistas / asistentes dentales y que el paciente puede ser tratado por un estudiante, pero será notificado con anticipación para permitir la declinación.
2. Autorizo a la Práctica a tomar radiografías, modelos de estudio, fotos y otras ayudas diagnosticas o materiales de diagnóstico (colectivamente, "Material de diagnóstico") según sea necesario para realizar un diagnóstico completo. Autorizo que dicho Material de Diagnóstico pueda ser divulgado a terceros pagadores u otros profesionales de la salud.
3. Autorizo el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos, según sea necesario, y estoy plenamente consciente de que el uso de agentes anestésicos implica ciertos riesgos, incluyendo pero no limitado a enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos, aborto espontáneo, Paro cardiaco, somnolencia y / o falta de coordinación.

Consentimiento Financiero y de Seguro

1. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre del paciente por

cualquier cosa que el seguro no cubra. Entiendo que el pago se debe cuando los servicios se prestan y que el fracaso en el pago hará que mi cuenta sea delincuenta, lo que podría resultar en ser enviado a una agencia de colecciones.

2. Entiendo que proporcionar declaraciones falsas o engañosas, declaraciones, documentos u ocultación de un hecho relevante o falta de proporcionar la información solicitada puede resultar en la terminación de cualquier ayuda financiera otorgada al paciente, y seré responsable de la totalidad de cualquier servicio previamente descontado, si corresponde.
3. Autorizo a Dental Connections, Inc. a divulgar al personal, a los hospitales, a los planes de servicios de salud, a las compañías de seguros, a los auto-aseguradores o a sus representantes toda la información, registros y radiografías sobre el historial médico del paciente, O tratamiento recomendado según sea necesario.
4. Autorizo a Dental Connections, Inc. a presentar reclamaciones de pago por servicios prestados o pre-autorizaciones necesarias a la compañía de seguros, en nombre del paciente, con mi nombre registrado como "firma en archivo" y solicitar que los pagos del seguro sean pagados directamente a Dental Connections, Inc. Soy responsable del pago independientemente de la cobertura provista.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

I acknowledge that I received a copy of the Patient Consent.

Signature

Date