

DENTAL HEALTH INTERNATIONAL
100 EVERETT AVE SUITE 5
CHELSEA, MA 02150
617-884-4444

APPOINTMENT CANCELLATION POLICY

Patients are required to give at least forty eight (48) hours (**two business day**) notice when canceling an appointment. Patients who do not provide us with sufficient notice may be charged a missed appointment fee of **\$25**.

Please select one of the following;

_____ I have read the cancellation policy. I understand that I am responsible for payment of any missed appointment fees and that payment is due within 30 days of receiving a statement.

_____ I do not assume responsibility for missed appointment fees and I understand that if I incur more than three (3) broken appointments, **Dental Health International** reserves the right to terminate services.

Patient Name (Print): _____ Date: _____

Patient / Parent / Guardian Signature: _____

Dental Health International
100 Everett Ave Suite 5
Chelsea, Ma 02150
617-884-4444

POLIZA DE CITAS CANCELADAS

Los pacientes deben notificar por lo menos cuarenta y ocho **(48) horas** (dos días antes) al cancelar una cita. Los pacientes que no nos proporcionan con suficiente notificación se les puede cobrar un costo **\$25** por la pérdida de su cita.

Por favor seleccione uno de los siguientes.

___ Yo he leído las condiciones de cancelación. Yo entiendo que soy responsable por el pago de las citas que pierdo dado un plazo de 30 días después de recibir el estado de cuenta.

___ Yo no asumo responsabilidad por cargos de citas perdidas y entiendo que si pierdo más de tres (3) citas sin notificar o cancelar el mismo día, **Dental health International** tiene el derecho de suspender sus servicios.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Paciente / Padre Responsable: _____

Dental Health International
100 Everett Ave Unit 5
Chelsea, MA 02150
T: 617 884 4444 F: 617 466 1356

How would you like us to communicate with you?

Our dental office sends appointment reminders, information about treatment, payment and insurance, and other communications. Please tell us how you would like us to communicate with you.

Your name: _____ Today's Date: _____

Check or complete all that apply (please print clearly):

Contact me by U.S. Mail at the following address: on my record _____

Contact me by email at the following email address: on my record _____

For Phone and Text Communications:

This form is optional. you are not required to sign this form, and you do not need to sign it to receive care in our dental office.

Phone number: _____

By checking this box, I consent to the following: The dental practice or its service provider may contact me to provide health care information such as appointment reminders and information about treatment, payment, my account or insurance, using artificial or prerecorded voice or telephone equipment that may be capable of automatic dialing. The dental practice may:

Call me

Text me

Call me and Text me

Signature: _____ Date: _____

Please call the dental office right away if you get a new telephone number!

Dental Health International
100 Everett Ave Unit 5
Chelsea, MA 02150
T: 617 884 4444 F: 617 466 1356

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?

Nuestro consultorio dental envía recordatorios de citas, información sobre tratamientos, pagos y seguros, y otras comunicaciones. Díganos cómo desea que nos comuniquemos con usted.

Su nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Marque o complete todos los que correspondan (imprima claramente)

- Comuníquese conmigo por correo de EE. UU. A la siguiente dirección: en mi registro
- Comuníquese conmigo por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico: en mi registro

Para comunicaciones telefónicas y de texto:

Este formulario es opcional. no es necesario que firme este formulario y no es necesario que lo firme para recibir atención en nuestro consultorio dental.

Número de teléfono: _____

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para lo siguiente: El consultorio dental o su proveedor de servicios pueden comunicarse conmigo para proporcionar información sobre la atención médica, como recordatorios de citas e información sobre el tratamiento, el pago, mi cuenta o seguro, utilizando voz o teléfono artificial o pregrabado equipos que pueden ser capaces de marcar automáticamente. La práctica dental puede:

- Llamame
- Envíame un mensaje de texto
- Llámame y envíame un mensaje de texto

Firma: _____ Fecha: _____

¡Llame al consultorio dental de inmediato si obtiene un nuevo número de teléfono!

Dental Health International
100 Everett Avenue Unit 5
Chelsea, MA. 02150
(T) 617 884 4444
(F) 617 466 1356

Record Release Form
office fax number 617-466-1356

Name of Patient: _____

Date of Request: _____

Forwarding Address: _____

This is to inform that I _____ request Dental Health International
to release my copy of Dental Records to _____

I specifically request that you release copies of:

All X-Rays All Treatment Notes

Doctor's/Office Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number of the Dental Practice # _____

Email Address: _____ @ _____ .com/net

Signature of Patient / Parent if minor.