

Transferencia de casos

Use este formulario para transferir un caso activo de ClearCorrect a otro odontólogo. El nuevo odontólogo debe estar registrado como proveedor de ClearCorrect antes de realizar la transferencia. Envíe por correo electrónico este formulario firmado a su representante de cuenta o contacto con uno de nuestros representantes de los Servicios de atención a los profesionales en support@clearcorrect.com para obtener ayuda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Número de caso

Nombre del paciente

ODONTÓLOGO ACTUAL

Nombre del odontólogo actual

Certifico que soy el odontólogo registrado actualmente como proveedor para el caso especificado anteriormente. Deseo transferir este caso al odontólogo que se indica a continuación. Entiendo que una vez transferido, ya no estaré autorizado a recibir de ClearCorrect información médica confidencial sobre este caso. Entiendo que transferir este caso no me exime de responsabilidad legal por cualquier servicio prestado antes de la transferencia. Acepto los precios, términos y condiciones actuales de ClearCorrect.

Firma del odontólogo actual

Fecha

NUEVO ODONTÓLOGO

Nombre del nuevo odontólogo

Nombre de la nueva consulta

Dirección de la nueva consulta

Ciudad

Estado

Código postal

Certifico que actualmente estoy registrado como proveedor de ClearCorrect. CCertifico que el paciente identificado anteriormente ha dado todo el consentimiento necesario en virtud de la normativa aplicable para transferirme estos registros, incluyendo, sin limitación, las normas de privacidad de datos como HIPAA o GDPR. Deseo asumir la responsabilidad de todo el tratamiento futuro en el caso especificado anteriormente. Entiendo que, después de la transferencia, todas las fases futuras se enviarán a la consulta que especifique. Entiendo que seré responsable de pagar cualquier coste pendiente de este caso, independientemente de cuándo se haya incurrido en estos costes, y que es posible que me facturen pasos o fases adicionales si el tratamiento se extiende más allá del número de fases que ya se han adquirido. Acepto los precios, términos y condiciones actuales de ClearCorrect.

Firma del nuevo odontólogo

Fecha