Community Health of Central Washington

Ellensburg Dental

Los formularios de registración pueden ser dejados en Yakima Pediatrics o per correo electrónico a dental.reception@chcw.org o por fax a (509) 933-4804

Por favor, asegúrese que:

- **La forma de registración sea completada en totalidad (todo debe ser llenado para ser registrado)**
- **Una copia de su tarjeta de identificación y tarjetas de seguro de cada paciente**

Por favor adjunte todos los documentos y entréguelos juntos.

Gracias,
Ellensburg Dental

AVISO LEGAL: Puede ser que su proveedor de servicios de correo electrónico no sea seguro. Por lo tanto, es posible que la confidencialidad de sus comunicaciones puedan ser interferida por una tercera parte.

Community Health of Central Washington

Formulario De Registro

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____
Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Domicilio físico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Sexo: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Seguro Social: _____
Estado civil del paciente: □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Viudo/a □ Separado/a
Situación laboral del paciente: □ Trabaja Tiempo completo □ Trabaja Medio Tiempo □ Desempleado
□ Trabaja Independiente □ Estudiante □ Militar □ Jubilado
Si actualmente trabaja, indique el nombre del empleador: _____
Teléfono del empleador: _____

Información del garante

Nombre del garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Miembros de la familia

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento : _____
Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento : _____
Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento : _____

Información de aseguranza:

Nombre de la aseguranza primaria: _____
Número de identificación de la aseguranza #: _____ Numero de grupo de la aseguranza #: _____
Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)
Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la aseguranza secundaria: _____
Número de identificación la aseguranza secundaria #: _____
Numero de grupo de la aseguranza secundaria #: _____
Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)
Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Necesita un intérprete? □ Si □ No _____
¿Necesita asistencia para leer o escribir? □ Si □ No _____
¿**Si es mayor de 18 años**, El paciente es un veterano? □ Si □ No _____

Community Health of Central Washington

Nombre de Paciente: _____Fecha de Nacimiento:_____Numero de Archivo: _____

Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Brindamos servicios personas con o sin aseguranza o personas con insuficiente aseguranza. Nuestra clínica recibe fondos del gobierno, lo que nos obliga a recabar y reportar información sobre la población de nuestros pacientes. Por este motivo, necesitamos que responda las siguientes preguntas.

¿Cuantas personas viven en su hogar? _____

Marque en la línea donde están los ingresos mensuales de su hogar

$----------$7500

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ y mas

$500 $1,000 $2,000 $3,000 $4,000 $5,000 $6,000 $7000

¿Ingreso mensual de su vivienda? **(Mire la gráfica de abajo)** _____ _____**=Ingreso Anual**

¿Idioma principal? _____

¿El paciente es hispano o latino? ☐ Si ☐ No _____

¿A cuál de los siguientes grupos pertenece el paciente? (Marque solo uno) _____

☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Americano Nativo/Originario de Alaska ☐ Nativo Hawaiano
☐ Otro Isleño del Pacifico ☐ Blanco ☐ Mas de una rasa ☐ Me niego a reportar/No reportado

Si tiene más de 13 años

Identidad de género: _____

☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Transgénero Masculino/Femenino-a- Masculino ☐ Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino
☐ Otro ☐ Decide no revelar

Orientación sexual: _____

☐ Hetero (no es lesbiana/gay) ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ No se ☐ Algo más ☐ Decide no revelar

Experiencia en agricultura (trabajo de granja):

1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguna persona en su familia ha trabajado en algún tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? Por ejemplo: preparación, irrigación o fumigación de campos, viveros, huertos; plantar, recoger, clasificar, empaquetar o transportar frutas, vegetales, granos, frutos secos, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; plantar árboles; trabajar con árboles de Navidad; recoger las agujas de pino o musgo español; cuidar gallinas, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, peces, almejas, etc., o realizar cualquier otro tipo de trabajo de granja, etc. ___Sí ___No
2. En los últimos 2 años, ¿usted o algún miembro de su familia se mudó a otra zona y vivió lejos de su hogar para trabajar en cualquier tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? ___Sí ___No
3. ¿Usted o algún miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo de granja) por una discapacidad o a causa de la edad (edad avanzada como para realizar el trabajo)? ___Sí ___No

For office use only : (YES to #1 and #2 = **Migrant**) (YES to #1 and NO to #2 = **Seasonal**) (YES to #3= **Aged/Disabled**) (NO to all three = **Non-farmworker**)

Situación de vida actual del paciente: _____

☐ Es dueño/alquila una casa o apartamento ☐ Hogar de transición
☐ Vive sin hogar ☐ Entre Viviendas
☐ Refugio para indigentes

Community Health
of Central Washington

Nombre de Paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____Numero de Archivo:_____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Autorización y consentimiento

- **Doy mi consentimiento para la realización de exámenes, diagnóstico o tratamiento de mi afección de salud médica o dental en una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington.**
- **Doy mi consentimiento y autorización a mi proveedor/clínica o sus personas designadas para pedir o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otro cuidado considerado necesario o recomendable para el diagnóstico y tratamiento de mi afección de salud médica o dental.**
- **Este consentimiento es válido para cada visita que realice a una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington a menos que sea revocado por mí por escrito.**
- **Autorizo y solicito a mi compañía de aseguranza que realice los pagos de beneficios que me corresponderían directamente a Salud Comunitaria de Central Washington.**
- **Entiendo que mi compañía de aseguranza médica o dental probablemente pague un monto menor por los servicios que el de la factura real y que soy responsable financieramente de todos los cargos por servicios prestados a mí o a mis dependientes, incluyendo el saldo restante luego de realizar el pago de posibles beneficios de aseguranza, deducibles y copagos correspondientes.**
- **He recibido, revisado y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente**
- **He recibido el Aviso de prácticas de privacidad:**

Firma

Paciente/Padre/Garante _____ Fecha: _____

Community Health
of Central Washington

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE - CITAS

_____ _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Apreciamos su decisión para recibir tratamiento dental en Ellensburg Dental Care. Para ayudarle en el proceso de recibir un cuidado de calidad y un excelente servicio, le aconsejamos en los siguientes asuntos:

- Para pacientes nuevos, en el dia de su cita, por favor llegue 15 minutos antes para llenar cualquier papeleo que sea necesario (formas de consentimiento, historial médico, etc.) y verificar la información actual. Todos los pacientes pueden llegar 5 minutos antes de su cita.

- Un paciente esta tarde para su cita si llega 15 minutos después del tiempo para su cita programada. Si un paciente esta tarde, esa cita sera cancelada y usted tendrá que reprogramar su cita.

- Por favor, traiga su información del seguro actual .

- Cualquier paciente que no se presente en **dos** (2) ocasiones o que tenga **dos** (2) cancelaciones de citas con menos de 24 horas de aviso en un periodo de seis meses, será dado de baja de nuestra clinica dental por un (1) año desde la fecha de su segunda cita perdida . Este paso es debido al alto volumen de personas buscando el cuidado dental. Su compresión en este asunto es muy apreciada.

He leido y entendido las responsabilidades de ser un paciente en Ellensburg Dental Care.

_____ _____
Firma del Paciente/Padre o Guardián Fecha

Community Health of Central Washington

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE – PAGOS

A partir del 13 de abril de 2015 las directrices financieras del paciente son las siguientes:

1. **Pago Privado.** Pacientes de pago privado serán responsables de pagar por todos los servicios previo al tratamiento. También, pacientes tienen que hacer el esfuerzo de pagar el balance de su cuenta antes de comenzar otro servicio. Para los pacientes que no puedan pagar todo su balance, la Asesora Financiera pude establecer al paciente en un plan de pagos.

2. **Escala de Descuentos:** Todos los pacientes que califiquen para la escala de descuento, tendrán que pagar la cantidad total después de que el descuento sea haya aplicado antes de recibir tratamiento.

3. **Seguro Comercial Privado:** Los pacientes serán responsables de pagar un co-pago o el deducible si es requerido por su seguro al tiempo de su cita y antes de recibir tratamiento.

Es la responsabilidad del paciente de contactar a su compañía de seguro para determinar elegibilidad, beneficios, y la frecuencia de beneficios.

Cualquier falta de pago después de que arreglos se hayan hecho con nuestra Asesora Financiera puede resultar que la cuenta sea enviada a colección.

Preguntas? – Favor de Contactar a Nuestra Asesora Financiera al: (509)962-1459

He leído y entendido las responsabilidades de ser un paciente en Ellensburg Dental Care:

_____ _____

Firma del Paciente/Padre o Guardián Fecha

Community Health
of Central Washington

Consentimiento para divulgar información a familiares o otros

Nombre del paciente:_____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por favor revise lo siguiente y **marque todas las casillas que apliquen:**

☐ Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), autorizo al personal de CHCW a dejar un correo de voz detallado en mi numero de teléfono principal _____.

Por favor revise lo siguiente y **marque UNA de las opciones a continuación:**

☐ Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **NO** autorizo la divulgación de información medica que no sea la que proporciona la ley.

☐ Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **autorizo a las siguientes personas(s)incluidas en la lista** a participar de manera indefinida en mi atención medica. Autorizo a la oficina anterior para liberar:

Medico (Med.)	**Financiero** (Fin.)
Verbal	Verbal
Escrito	Escrito
Prescripción de papel	

Requerido

Indique a continuación quien esta autorizado para recibir información de sus registros:

			Med.	**Fin.**
Nombre_____	Relación_____	Teléfono_____	☐	☐
Nombre_____	Relación_____	Teléfono_____	☐	☐
Nombre_____	Relación_____	Teléfono_____	☐	☐
Nombre_____	Relación_____	Teléfono_____	☐	☐

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente),entiendo que, si este formulario no se completa correctamente, no es valido y se destruirá. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información proporcionada en este formulario según sea necesario.

_____ _____

Firma del Paciente (o padre/tutor legal y relación) **Fecha**

Community Health of Central Washington

HISTORIA DE SALUD PARA SERVICIOS DENTALES

La información qué usted nos proporcione en esta forma es muy importante para su salud dental y es completamente confidencial. Déjenos saber si usted tiene alguna pregunta o duda.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Para pacientes menores de 18 años) Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Información de su salud

SI NO

- ☐ ☐ ¿Se encuentra actualmente enfermo? _____
- ☐ ☐ ¿Ha habido algún cambio en su salud o se encuentra en cuidado médico en los últimos 2 años?
- ☐ ☐ ¿Si se encuentra actualmente en cuidado médico, cuál es la condición(es) qué se está tratándose?

  _____

  Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____
- ☐ ☐ ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad seria, ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía en los pasados 5 años? Si respondió sí, explique? _____
- ☐ ☐ ¿Esta actualmente tomando algún medicamento? Si respondió sí, ¿qué medicamentos está tomando?

  _____
- ☐ ☐ ¿Ha abusado alguna vez del alcohol o drogas? Si su respuesta es sí, ¿ha recibido tratamiento? SI o No

  _____
- ☐ ☐ ¿Ha tenido un remplazo de ligamentos? Si su respuesta es sí, ¿Cuándo? _____

Mujeres únicamente

¿Está usted embarazada? SI NO ¿Dando Lactancia? SI NO ¿Tomado pastillas anticonceptivas? SI NO

Marque con una (X) si tiene o ha tenido lo siguiente:

- ☐ Paro-Cardíaco
- ☐ Enfermedad del hígado o Hepatitis
- ☐ Diabetes
- ☐ Mononucleosis infecciosa (fiebre glandular)
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tratamiento en el riñón
- ☐ Cáncer (quimioterapia o radicaciones)
- ☐ Problemas Gastrointestinales
- ☐ Herpes
- ☐ Hemorragias
- ☐ Anemia
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Asma
- ☐ Trastornos alimenticios
- ☐ Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- ☐ Desmayos o convulsiones
- ☐ Discapacidad física _____
- ☐ Problemas de la tiroides
- ☐ Problemas en su salud mental (específique) _____
- ☐ Problemas respiratorios (indique con un círculo)

  Tos Crónica Escupe Sangre

  Inesperada Pérdida de peso Otra(o) _____
- ☐ Enfermedades Cardiovasculares (indique con un círculo)

  Dolores en el pecho Válvulas artificiales del corazón Daños en las válvulas del corazón

  Soplo en el corazón Ataques del corazón Prolapso de la válvula mitral

  Presión sanguínea alta Marcapasos

¿Cualquier otra condición no indicado arriba?: _____

Alergias – Es usted alérgico a lo siguiente:

SI	NO		SI	NO	
☐	☐	Anestesia Local	☐	☐	Látex
☐	☐	Penicilina u otros antibióticos	☐	☐	Medicinas con Sulfamidas

Otros: _____

Información dental

1. ¿Actualmente tiene un problema dental? Si su respuesta es Sí, Explique: _____

   _____
2. ¿Qué tipo de tratamiento dental siente que necesita? _____

3. ¿He tenido alguna vez un serio problema/dificultad asociado con cualquier tratamiento dental? Si su respuesta es sí, Explique: _____
4. Fecha de su último examen dental: _____ Fecha de su última limpieza dental: _____
5. ¿Cómo se siente con la apariencia de sus dientes? (¿Le gusta su sonrisa?) _____

SI	NO	
☐	☐	¿Le han dicho antes que necesita antibióticos o medicamentos antes de tener su tratamiento dental?
☐	☐	¿Frecuentemente siente su boca seca?
☐	☐	¿Tiene dientes sensibles a? (marque con un circulo): Frio caliente dulces presión
☐	☐	¿Le rechinan a usted los dientes por la noche?
☐	☐	¿Tiene dolores de cabeza, oídos o cuello?
☐	☐	¿Ha tenido alguna vez tratamiento periodontal (en sus encías)?
☐	☐	¿Sus encías sangran cuando se lava los dientes?
☐	☐	¿Sufre frecuentemente de mal aliento o un sabor no muy placentero en su boca?
☐	☐	¿Usa hilo dental? Si su respuesta es sí, ¿qué tan frecuente? _____ durante la semana.
☐	☐	¿Ha tenido usted alguna vez ulceras/fuegos en sus labios, lengua, encías, o cuerpo?
☐	☐	¿He tenido alguna vez tratamiento con el ortodontista (braques)? Si su respuesta es sí, ¿cuándo? _____
☐	☐	¿Usa Tabaco? Que tipo: _____ ¿Cuánto? _____
☐	☐	*¿Está interesado en querer dejar de fumar? (Circule su respuesta) Mucho Poco No Interesado*
☐	☐	¿Usa alguna placa dental removible (placas completas o parciales)? Si su respuesta es sí, ¿en qué fecha se las hicieron? (¿Cuánto tiempo tiene con ellas?) _____

Paciente (Padres/Guardián, menor de 18) Firma: _____ Fecha _____

Firma de Dentista; _____

Revised: April 2, 2015

Updated _____ Firma de Dentista _____

Updated _____ Firma de Dentista _____

Updated _____ Firma de Dentista _____

Updated _____ Firma de Dentista _____

Community Health
of Central Washington

Solicitud de tarifa con descuento

Community Health of Central Washington a través de sus clínicas ofrece descuentos en servicios médicos, dentales, y de salud mental para familias en o por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Si cree que puede calificar, complete la solicitud por completo y proporcione toda la documentación necesaria que se describe a continuación.

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ingresos del hogar: Incluye la compensación total, asistencia social, discapacidad y otros pagos recibidos de todos los miembros dentro del hogar.

Ingresos totales del hogar: $_____

Tamaño de la familia: Anote los nombres de cada miembro de la familia que vive dentro de su hogar.

Nombre del miembro de la familia	*Relación*	*Fecha de nacimiento*

Tamaño total de la familia: _____ ***Si hay mas de seis anote por detrás***

Verificación: Por favor proporcione los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos del año anterior
- Talones de pago de los **últimos 3 meses** de cada miembro del hogar
- Cualquier documentación previamente verificada por el gobierno estatal o federal:
  - Solicitud estatal/federal de ayuda (Medicaid, cupones de alimentos, etc.)
  - Beneficios de desempleo o discapacidad
  - Otro (es decir, información de la beca del estudiante, etc.)
  - Carta de ingresos del Seguro Social para el año actual
- Carta del empleador que verifica los ingresos con la información de contacto del empleador
- Carta de la corte que muestre manutención infantil o pensión alimenticia o otros pagos

☐ Prefiero no indicar el tamaño de mi familia y el ingreso anual. ***Entiendo que soy responsable del cargo total por todos los servicios presentados en las clínicas de Community Health of Central Washington; y que debo pagar los servicios el día que los reciba.***

☐ Doy fe de que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que todos los descuentos dependen de la verificación de la documentación requerida. Además, entiendo que si no proporciono la documentación necesaria al momento del servicio, tengo 30 días hábiles a partir de la fecha de esta solicitud para proporcionar las documentos de respaldo. De lo contrario, se espera que pague el monto total de los servicios en el momento en que se prestan. Se espera que pague la tarifa asociada al momento de cada visita al consultorio una vez que se apruebe la solicitud.

_____ _____ _____

Firma del paciente/tutor Fecha Consejero financiero

Descargo de responsabilidad: Community Health of Central Washinton ha establecido acuerdos con Yakima Valley Memorial Hospital, Kittitas Valley Community Hospital, LapCorp, Medical Center Lab, Valley Imaging Partners y Yakima Valley Radiology para proporcionar un programa de tarfias con descuento a nuestros pacientes en o por debajo del nivel federal de pobreza.

Community Health
of Central Washington

Programa de tarifa con descuento

15 de Enero de 2020 – 14 de Enero de 2021

Las tarifas estándar de CHCW's se descuentan de acuerdo con los ejemplos federales de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de la siguiente manera.

# de miembros de la familia	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Self-Pay
federales de pobreza actuales	0%	100%	101%	133%	134%	166%	167%	200%	Over 200%
1	$0	$12,760	$12,761	$16,972	$16,973	$21,182	$21,183	$25,520	$25,521
2	$0	$17,240	$17,241	$22,931	$22,932	$28,618	$28,619	$34,480	$34,481
3	$0	$21,720	$21,721	$28,889	$28,890	$36,055	$36,056	$43,440	$43,441
4	$0	$26,200	$26,201	$34,847	$34,848	$43,492	$43,493	$52,400	$52,401
5	$0	$30,680	$30,681	$40,806	$40,807	$50,929	$50,930	$61,360	$61,361
6	$0	$35,160	$35,161	$46,764	$46,765	$58,366	$58,367	$70,320	$70,321
7	$0	$39,640	$39,641	$52,723	$52,724	$65,802	$65,803	$79,280	$79,281
8	$0	$44,120	$44,121	$58,681	$58,682	$73,239	$73,240	$88,240	$88,241
9	$0	$48,600	$48,601	$64,639	$64,640	$80,676	$80,677	$97,200	$97,201
10	$0	$53,080	$53,081	$70,598	$70,599	$88,113	$88,114	$106,160	$106,161
11	$0	$57,560	$57,561	$76,556	$76,557	$95,550	$95,551	$115,120	$115,121
12	$0	$62,040	$62,041	$82,515	$82,516	$102,986	$102,987	$124,080	$124,081

Miembros adicionales de la familia mayores de 12 años agregan $4,480 por persona

Tabla que muestra los honorarios nominales y los descuentos aprobados por la escala variable de la Junta Directiva efectiva 1/9/2019

Tipo de servicio	SFSD A	SFSD B	SFSD C	SFSD D	Pacientes por cuenta propia
Descuento en servicios médicos	Tarifa nominal de $20	70% de descuento	50% de descuento	30% de descuento	Nada
Descuento en servicios dentales	Tarifa nominal de $45	65% de descuento	50% de descuento	30% de descuento	Nada
Descuento de salud mental	Tarifa/visita de $5	Tarifa/vista de $10	Tarifa/visita de $15	Tarifa/ visita de $20	Nada
Descuento de farmacia	Tarifa de $5 + tarifa de medicación	Tarifa de $7 + tarifa de medicación	Tarifa de $8 + tarifa de medicación	Tarifa de $9 + tarifa de medicación	Nada

Los artículos del servicio medico por debajo de $20 no se descontarán. Los artículos de servicios dentales de menos se $45 no se descontarán. **Servicios de farmacia:** Los medicamentos recetados se proporcionan a una tasa de descuento del AWP (Promedio de Precio de Mayoría) mas una tarifa de suministro para todos los medicamentos a pacientes que están por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Los pacientes de pago por cuenta propia pagan el AWP mas una tarifa de despacho. Se requiere el pago completo al momento de la dispensación.

*Servicios excluidos del SFSD – Prostéticas, dentaduras postizas, blanqueamiento, cirugía estética y servicios proporcionados por otros proveedores que no forman parte de CHCW. Servicios descontados por separado por el proveedor (no un proveedor de CHCW); servicios de laboratorio, ordenados por LabCorp, consultas de Comprehensive Mental Health Psychiatric, servicios de OB laboristas, referencias a People for People, servicios de Valley Imaging Gyn Ultrasound y profesionales de Yakima Valley Radiology sobre tarifas de lectura para rayos X realizados en CHCW.

A ningún paciente se le negaran los servicios debido a la imposibilidad de pagar – Por favor hable con un asesor financiero del paciente si tiene preguntas sobre su cuenta. Los asesores financieros pueden ser contactados gratis al 833-574-6100; 8:00 AM a 4:00 PM de lunes a viernes; excepción de días festivos