

Joel Newton D.D.S., P.A.-formulario de Registro

¿A quién podemos agradecer por haberte referido? _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre H/M
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____
Estado Civil: _____ Licencia De Conducir # _____
Casado/Soltero/Divorciado/Viuda
Número de teléfono de casa # _____ Número de teléfono celular # _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador #: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del Cónyuge/Padre/ Guardián legal

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre H/M
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____
Número de teléfono de casa # _____ Número de teléfono celular # _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador #: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de Emergencia

(Amigo más cercano/Pariente más cercano "que no vive con usted")

Nombre: _____ Relación con usted: _____
Número de teléfono de casa #: _____ Número de teléfono celular # _____
Número de trabajo#: _____

Información del seguro dental

¿Tiene seguro dental? Sí/No

Si es así, por favor dé la tarjeta de seguro dental a recepcionista.

Tenga en cuenta que **no aceptamos** Medicare, Medicaid o Idaho Smiles.

Las opciones financieras están disponibles bajo petición.

Método preferido de recordatorio de la cita

Nuestra oficina tiene la capacidad de recordarle sus citas por texto y correo electrónico además de una llamada telefónica de cortesía. Por favor verifique lo siguiente, en el cual usted autoriza a nuestra oficina para notificarle de sus futuras citas.

- **Texto / Número de teléfono celular #:** _____
- **Dirección de correo electrónico:** _____

La información anterior es exacta y completa al mejor de mis conocimientos y es sólo para el uso en mi o el tratamiento de mi dependiente, la facturación y el procesamiento del formulario de reclamación de mis beneficios de seguro para el que tengo derecho. No voy a hacer que el Dr. Newton o su personal responsable de los errores u omisiones que pueda haber hecho en la terminación de este formulario.

X _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o de Padre o Guardián Legal (si es menor de edad)

Historia Clínica

Nombre de Paciente Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Farmacia preferida: _____ Número de teléfono #: _____
Nombre del médico: _____ Número de teléfono #: _____
Fecha del último examen: _____

¿Ha tenido la paciente alguna de las siguientes?

(Por favor, compruebe todo lo que aplicar)

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Presión arterial alta<input type="radio"/> Presión arterial baja<input type="radio"/> Tratamiento radiológico<input type="radio"/> Válvulas cardíacas artificiales<input type="radio"/> Articulaciones artificiales<input type="radio"/> Pérdida de peso reciente<input type="radio"/> Problemas de espalda<input type="radio"/> Diabetes<input type="radio"/> Enfermedades respiratorias<input type="radio"/> Epilepsia<input type="radio"/> Dolores de cabeza | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Hepatitis<input type="radio"/> Enfermedad hígado<input type="radio"/> Cáncer<input type="radio"/> Alergias a anestésicos<input type="radio"/> Alergias a medicamentos o drogas<input type="radio"/> Alergias generales<input type="radio"/> Enfermedad sanguínea<input type="radio"/> Artritis<input type="radio"/> Tuberculosis | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cuello o glándulas hinchadas<input type="radio"/> Asma<input type="radio"/> Infección sinusal<input type="radio"/> SIDA/VIH<input type="radio"/> Enfermedad tiroidea<input type="radio"/> Ataque cerebrovascular<input type="radio"/> Ulcera<input type="radio"/> Enfermedades venéreas<input type="radio"/> Dependencia química<input type="radio"/> Osteoporosis |
|---|--|---|

Por favor revise los siguientes medicamentos, si usted está recibiendo alguno de los siguientes actualmente o los ha recibido en el pasado a través de I. V (más típico para los pacientes con cáncer), por favor notifiquenos y marque la casilla junto al medicamento que le corresponde.

Boneiva Aredia Zometa/Zoledronate Bonefos

Si ha revisado **si a las alergias a medicamentos**, por favor enumere todos los medicamentos que el paciente es alérgico a:

¿El paciente está tomando medicación en este momento? **Sí/No** Si sí, por favor enumere los medicamentos:

¿Está el paciente bajo el cuidado de un médico? **Sí/No**, Si usted ha marcado un círculo sí, por favor explique: _____

Peso del paciente (**si es un niño**): _____
Sólo mujeres- (si es paciente)
¿Estás embarazada? **Sí/No**
¿Estás amamantando? **Sí/No**
Primer día de su último ciclo menstrual: _____

Acuerdo Financiero

Gracias por llamar a nuestra oficina y programar su primer examen con el Dr. Joel Newton. Su dentista, el médico u otro proveedor de atención médica siente que es pertinente para sus necesidades de salud bucal. Agradecemos usted por elegir nuestra oficina para tratarlo. Nuestra misión es tratarle con el más alto grado de clínica y normas éticas y hacer de su visita una experiencia agradable.

El pago para el tratamiento es necesario para cualquier negocio o práctica y debe ser definido de modo que haya no hay malentendidos cuando se trata de este tema. Queremos que sus visitas sean tan beneficiosas y educativa posible. Nuestro acuerdo financiero se describe a continuación. Si no lo haces completamente entienda este acuerdo, sienta por favor libre de pedir la recepcionista para la aclaración antes de firmar.

Requisitos de Pago

Desafortunadamente, los beneficios dentales no cubren todos los procedimientos. Los planes de beneficios varían y pueden, o no pueden, cubrir completamente los servicios prestados por el Dr. Newton. **Si tiene beneficios con una compañía de seguros, es su responsabilidad proveer a nuestra oficina con su tarjeta de seguro e información en su primera visita.** Esta información será ingresada en nuestro sistema y nosotros presentaremos su reclamación con su portador de beneficios. Su primer examen tendrá que ser pagado en su totalidad, junto con cualquier adicional necesario radiografías, prueba de vitalidad y cualquier prescripción dada.

Si usted tiene un plan de beneficios y necesita tratamiento, estamos encantados de proporcionarle las opciones de pago. Nuestra oficina requiere que usted pague al menos un 30% por cada tratamiento el día de su cita. Se le requerirá firmar un acuerdo financiero con nuestra recepcionista. Si su proveedor de beneficios no notifica directamente a nuestra oficina de pagos hechos por usted, usted será responsable por los intereses y las sanciones incurridas.

Si usted no tiene ningún beneficio y necesita tratamiento, le proporcionaremos opciones de pago mejor que el crédito de cuidado. Sin embargo, nuestra oficina requiere un anticipo para cada tratamiento el día de su cita. Se le requerirá firmar un acuerdo financiero con nuestra recepcionista.

Nota: todos los saldos de la cuenta que no se paguen en su totalidad después de 180 días serán resueltos por acción legal con cargos de servicio adicionales. Habrá un cargo de interés de 1,5% al mes y se añadirá al saldo de su cuenta, si es mayor de 30 días a partir de su fecha de tratamiento.

Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito

¡Plan de beneficios privados las consultas a través de su compañía de seguros son su responsabilidad!

Es su responsabilidad conocer sus beneficios y lo que van a cubrir o no. El tratamiento el plan que se le dé al final de su evaluación contendrá toda la información necesaria que necesite. Una predeterminación puede ser enviada a su proveedor de beneficios.

Valoramos su negocio. Si tiene alguna pregunta acerca de este acuerdo o de su tratamiento, por favor claro, para preguntar en el momento de su visita. Es importante para nosotros que usted entienda el valor de su tratamiento y sentirse bien acerca de su salud bucal. Estamos ansiosos por desarrollar un cuidado, saludable, feliz relación contigo.

Al firmar a continuación, estoy de consentimiento que he leído y entendido el financiero Acuerdo arriba. He hecho cualquier pregunta que pueda tener, por lo que claramente entender mi obligación con el Dr. Newton en el pago de los servicios prestados a mí.

X _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o de Padre o Guardián Legal (si es menor de edad)

Divulgación de Información

Yo, _____, autorizo la liberación de cualquier información relacionada con todos los reclamos y/o registros solicitados por mi dentista principal o compañía de seguros en nombre de mí y/o dependientes. Entiendo que esto autoriza el lanzamiento de un informe completo de los resultados de la examinación, del diagnóstico, del programa del tratamiento, del etc. Además, acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a Joel Newton D.D.S., P.A. o a su personal a presentar la información solicitada sin obtener mi firma en todos y cada uno de los documentos solicitados a mí mismo y/o a los dependientes. Entiendo claramente que estoy obligado a este acuerdo firmando este documento como si yo hubiera firmado personalmente cada autorización en su forma original. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito de mi parte a Joel Newton D.D.S., P.A. y/o su personal solicitando la liberación de la autorización de información sea nulo y sin efecto.

Si desea que su familia tenga acceso a su información médica o de facturación, sírvase enumerarlas a continuación:

Por favor marque la opción que se aplica:

Estoy firmando este acuerdo en mi nombre.

Estoy firmando este acuerdo en nombre de mi dependiente que soy legalmente el padre y/o guardián

X _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o de Padre o Guardián Legal (si es menor de edad)

Declaración de Privacidad

Por favor lea nuestra Declaración de Privacidad adjunta con sus formularios de inscripción

My signature below represents I have read and have been provided a copy of the Joel Newton D.D.S., P.A.-Privacy Statement for my records and have understood the contents.

X _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o de Padre o Guardián Legal (si es menor de edad)

Joel Newton D.D.S., P.A. -Declaración de Privacidad

Primero, quisiéramos agradecerle por confiar en nosotros con su cuidado médico. Nos gustaría definir algunos términos para que usted pueda entender completamente nuestra política de privacidad.

Usaremos las palabras "usted" y "su" que se referirán al paciente del Dr. Newton y/o a su padre/guardián. Vamos a utilizar "nosotros" o "nuestro" que hará referencia al Dr. Newton de su personal. Medios de información no públicos; información sobre usted que recolectamos en conexión para proporcionarle tratamiento, para su cuidado periodontal.

La información que Recopilamos

Recopilamos información personal no pública sobre usted de las siguientes fuentes:

- Su registro de paciente e historial médico
- Su carta de dentista general notas
- En conversación con usted acerca de su plan de tratamiento
- Cualquier otra información médica del proveedor según sea necesario

Nuestra Política

No divulgamos ninguna información personal no-pública sobre usted a cualquier persona que no sea permitida por la ley o autorizada por usted. Restringimos el acceso a la carta personal de nuestro paciente y la información electrónica a aquellos que no están autorizados a tener su información personal no pública.

Si usted tiene alguna preocupación acerca de su privacidad, por favor no dude en declararlos a nosotros en su visita. Gracias por su confianza en nuestra oficina.

**JOEL NEWTON D.D.S., P.A.
2064 WASHINGTON ST. N. – TWIN FALLS, IDAHO 83301
208-734-1515**