



BIENVENIDO A BLOOM DENTAL

Agradecemos su confianza en nosotros para brindarle atención dental a usted y a su familia. Toda la información en este formulario es necesaria para nuestros registros y se mantendrá estrictamente confidencial.

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Tel#: Casa _____ Móvil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia _____

Número de teléfono y dirección de farmacia _____

Persona Responsable (si no es el paciente):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Titular de la Póliza: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Identificación: _____

Compañía de Seguros: _____

Número de Teléfono: _____

SS#: Número de Seguro Social: _____

Compañía de Trabajo: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? (Marque todas las que correspondan)

Referencia de amigo/familiar

Referencia de doctor

Proveedor de seguro

Otro: _____

HISTORIAL DE SALUD

- ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No If Si, _____
- ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Sí No If Si, _____
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No If Si, _____
- ¿Está tomando algún medicamento, píldora o droga? Sí No If Si, _____
- ¿Estás en una dieta especial? Sí No If Si, _____
- ¿Usas tabaco? Sí No If Si, _____
- ¿Está usted en un régimen de aspirina? Sí No If Si, _____
- ¿Alguna vez un médico le ha recomendado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental? Sí No If Si, _____

Mujeres: ¿Eres tú? ...

- ¿Embarazada / tratando de quedar embarazada? ¿Enfermería? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Es alérgica a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílica Metal Látex Medicamentos de sulfa anestésicos locales
 otra _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|-------------------------------|---|
| SIDA / VIH positiva | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Epilepsia o Convulsiones | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Leucemia | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| enfermedad de alzheimer | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sangrado excesivo | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Presión arterial baja | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anemia | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sed excesiva | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Angina de pecho | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Desmayos/Mareos | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Artritis / Gota | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tos frecuente | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Atención mental/psiquiátrica | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Válvula de corazón artificial | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Glaucoma | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Articulación Artificial | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre del heno | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tratamientos de radiación | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Asma | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis A | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diálisis renal | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de la sangre | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis B or C | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre reumática | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hemofilia Herpes | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Reumatismo | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problemas respiratorios | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Alta presión sanguínea | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Escarlatina | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Fácilmente abollado | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Colesterol alto | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problema sinusal | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cáncer Chemotherapy | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Urticaria o sarpullido | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Carrera | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hipoglucemia | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tuberculosis | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| herpes labial | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Infarto de miocardio | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tumors or Growths | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Soplo cardíaco | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Osteoporosis | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Medicina de cortisona | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor de mandíbula | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Diabetes Drogadicción | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Marcapasos cardíaco | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | |
| Fácilmente sinuosa | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ritmo cardíaco irregular | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | |
| Enfisema | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas de riñon | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | |

Válvula de corazón artificial Yes No If yes, _____

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionada anteriormente?

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor:

Date _____



ENTENDIENDO SU COBERTURA DE SEGURO

En Bloom Dental, nos complace presentar todos los reclamos de seguro dental en su nombre como cortesía. Estamos dentro de la red (in-network) con muchos proveedores de seguros importantes y nos esforzamos por ayudarle a maximizar sus beneficios. Sin embargo, es importante comprender que el seguro dental está diseñado para ayudar con el costo de la atención, y normalmente no cubre el tratamiento en su totalidad.

Algunas compañías de seguros simplemente no reembolsan lo suficiente para cubrir el costo total de los materiales y la atención de calidad que brindamos. Por esta razón, recomendamos que se tome el tiempo para revisar y comprender su plan dental específico comunicándose directamente con su proveedor de seguro dental. Aunque hacemos todo lo posible por proporcionar estimaciones precisas de su gasto personal antes de que finalice su visita, tenga en cuenta que los empleadores pueden elegir entre docenas de opciones de planes con diferentes niveles de cobertura. Dado que no participamos directamente en la selección ni en la administración de sus beneficios, es posible que no tengamos acceso a todas las limitaciones específicas del plan.

En Bloom Dental, hacemos nuestras recomendaciones de tratamiento basándonos en sus necesidades individuales, no solo en lo que su plan de seguro pueda cubrir. En muchos casos, los planes de seguro están diseñados más para reducir los costos del empleador que para ofrecer una cobertura completa. Existen varias razones por las cuales usted podría recibir una factura después de que su reclamo haya sido procesado, incluyendo:

- Períodos de espera
- Cláusulas de diente faltante
- Degradación de restauraciones molares
- Cláusulas de no duplicación para doble cobertura
- Procedimientos no cubiertos por su plan

Trabajamos arduamente para recopilar toda la información posible antes de su primera visita. Sin embargo, las compañías de seguros no siempre proporcionan los detalles completos del plan con anticipación, lo que puede generar lagunas inesperadas en la cobertura.

Si alguna vez tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle a navegar sus beneficios y tomar decisiones informadas sobre su atención.

Firma del Paciente / Tutor: _____

Fecha: _____



Financiamiento y Divulgación de HIPAA

Por favor entienda que su plan de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador, y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte del mencionado contrato. Usted es responsable de monitorear su propia póliza de seguro. Como cortesía tramitaremos sus reclamos al seguro, sin embargo, el pago final es decidido por su compañía de seguro. Por favor háganos saber acerca de cualquier cambio en su póliza. Si el pago no es recibido por su compañía de seguro en un periodo de tiempo de 35 días hábiles, usted será el responsable de esa deuda. Un honorario o fee de 5% será agregado a su deuda después de 21 días hábiles a partir de un primer aviso por escrito. Si su deuda se va a colección, usted será el responsable de cualquier honorario o fee agregado por esa institución. YO AUTORIZO EL PAGO A TRAVÉZ DE MI COMPAÑÍA DE SEGURO DIRECTAMENTE A LA DRA. CRYSTAL JOYCE DE BLOOM DENTAL OF CHESTERFIELD.

PARA EL BENEFICIO DE NUESTROS PACIENTES Y NUESTRO HORARIO, REQUERIMOS UNA NOTIFICACIÓN DE 48 HORAS PARA CANCELAR O CAMBIAR SU CITA DENTAL; POR LO CONTRARIO, EL FALTAR A SU CITA SIN PREVIO AVISO RESULTARA EN UN CARGO DE \$100.00.

CONSENTIMIENTO DE HIPPA, al firmar esta forma usted es consciente de nuestro uso y divulgación de su información personal para llevar cabo su tratamiento dental de acuerdo con la sección 32.1-45.1 del código de Virginia. Por favor entienda que usted tiene el derecho de revocar este consentimiento. Sin embargo, podemos declinar atenderlo si usted revoca este consentimiento informado.

Yo entiendo que al firmar este formulario doy consentimiento de usar mi información personal para presentar los reclamos a mi seguro dental a mi nombre. Yo cumpliré las condiciones explicadas previamente en la parte de divulgación financiera.

Firma del Paciente/Representante:

Fecha:
