

FORMAS DE REGISTRACION DE PACIENTE

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial

Nombre Preferido: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ No. Seg Soc: ____ - ____ - ____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Sexo: M F Tel Casa: _____ Celular: _____ No Alt: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Persona Responsable *(si alguien aparte del paciente)*

Nombre de Padre/Guardián: _____
Apellido Nombre Inicial

Relación con el paciente: _____

No Seg Soc.: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ No Licencia: _____

Información primaria de seguro

Nombre del Asegurado (primario(a) de la póliza): _____

Relación con el asegurado: Mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

No. Seg Soc del Asegurado: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____

Trabajo: _____

Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Co. de Seguro: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información secundaria de seguro (si alguna)

Nombre del Asegurado (primario(a) de la póliza): _____

Relación con el asegurado: Mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

No. Seg Soc del Asegurado: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____

Trabajo: _____

Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Co. de Seguro: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

HISTORIAL DENTAL Y MEDICO

Razón por la visita dental de hoy: _____

Fecha de su ultima visita dental: _____

Esta nervioso(a) sobre su tratamiento dental? Si No

Le sangran las encías, se sienten sensibles o irritadas? Si No

Está descontento con la apariencia de tus dientes? Si No

Tiene dientes sensibles? Si No

Si es así, a que? Dulces Caliente Frio Presión

Está viendo a un médico? Si No

El nombre y el número de teléfono de su médico (s) _____

De ser así, cuál es la condición que se está tratando? _____

Esta tomando medicamentos? Si No Si es así, por favor liste: _____

Tiene o está tomando Aspirina actualmente? Si No

Está o ha tomando actualmente bisfosfonatos orales? Actonel Boniva Fosamax Otro: _____

Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si No Si es así, cuando? _____

Si es mujer, sospecha o está embarazada? Si No Meses: _____

Hay algo más que deberíamos saber sobre su salud que no estaba cubierto en este formulario? En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Please mark any of the following which you have had or have at present:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV Positiva | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gout | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Desmayos/ Mareos | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre / Transfusión | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula/ articulaciones | <input type="checkbox"/> Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Chemo: (Cáncer, leucemia) | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Ampolla de fiebre, herpe labial | <input type="checkbox"/> Hemophilia | | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | | |
| <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | | |

Marque cualquiera de las siguientes alergias médicas:

NADA Anestésicos locales Penicilina Codeine o otro narcoticos Yodo

Medicamentos con Sulfa Latex Metal Acrylic Otro: _____

Según mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, o si algún medicamento cambia, le informaré a mi dentista en la próxima cita.

Signature of Patient/Parent/Guardian

Medical History Update:

Dr. Date

Dr. Date

Dr. Date

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO MI INFORMACIÓN MÉDICA DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA. TAMBIEN DESCRIBE COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones de su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica, esta protegida y segura con nosotros. El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

Anoté todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____

Reconocimiento recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá notificaciones acerca de los Aviso de Prácticas de Privacidad. Si la información es modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

Nombre Del Paciente

Firma de Paciente/Padre/Tutor

FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: _____

Date: _____ Signature: _____

Poliza Financiera de la oficina y Declaración de la Ley Federal sobre la Veracidad en los Prestamos

Se deben hacer arreglos financieros y se debe determinar la responsabilidad financiera para cada paciente que comienza un tratamiento o servicios dentales.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se prestan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales provistos se cargan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro para pacientes o ayudará a hacer cobros de las compañías de seguros y acreditará dichos cobros a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros gastos serán pagados por la compañía de seguros.

Recibirá un estado de cuenta mensual sobre cualquier saldo no pagado. Se cobrará un cargo por servicio del 1.5% por mes (18% anual) con un cargo mínimo de \$ 0.50 por mes sobre el saldo no pagado en todas las cuentas que excedan los 60 días desde la fecha del servicio, a menos que pagos de plan sean hechos antes.

Como condición de su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado y la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

En consideración a los servicios profesionales prestados por este consultorio dental para mí, o cuando lo solicite a mi hijo menor de edad, acepto pagar los honorarios cobrados en el momento en que se prestan los servicios, dentro de cinco (5) días. El pago se puede hacer con efectivo, cheque personal, Mastercard, Visa, American Express o Discover Card. En caso de incumplimiento del pago de las tarifas, acepto pagar el saldo restante más los honorarios razonables del abogado, los costos judiciales y una comisión de la agencia de cobranza del 40% del saldo vencido si la cuenta se asigna a una agencia de cobro o un abogado. Autorizo la divulgación de información financiera identificable sobre mi cuenta, incluidos los cargos facturados, los pagos realizados y los cargos por intereses evaluados, etc., a la agencia de cobros del dentista o al abogado de cobranza en caso de que los procedimientos que se describen sean necesarios.

Otorgo permiso a esta oficina dental para que me llamen por teléfono a mi casa o en mi lugar de trabajo para hablar sobre asuntos relacionados con los servicios dentales provistos o las tarifas cobradas y / o los pagos realizados por dichos servicios. También acepto permitir que esta oficina deje mensajes relacionados con citas u otra información en mi contestador automático o con un miembro de mi familia.

Este acuerdo reemplaza todos los acuerdos anteriores firmados, incluidos todos y cada uno de los acuerdos de mediación, arbitraje o financieros. Cualquier acuerdo previamente firmado es nulo e inválido.

Autorizo a esta oficina dental a divulgar información y descripciones de tratamiento financiero e información, ya sea de forma electrónica, por fax o en papel, a mi compañía de seguros o cualquier entidad relacionada que requiera que se envíe dicha información.

Reconozco que me han ofrecido una copia de las Políticas de Privacidad de esta oficina. Acepto divulgar los nombres de los dentistas de las personas con las que autorizo al dentista a hablar sobre mi cuidado dental.

Certifico que he leído este formulario y por la presente acepto cumplir con las condiciones aquí descritas.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Relación con el paciente

POLÍZA DE PRÁCTICA

Nuestro objetivo es proporcionar atención dental de calidad de manera oportuna. Para hacerlo, tenemos una póliza de cancelación y no presentación. La póliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan cuidado dental.

CANCELACIÓN DE UNA CITA

Para ser respetuoso de las necesidades de los demás pacientes, sea cortés y llame a nuestra oficina puntualmente si no puede asistir a una cita. Esa cita se le dará a alguien que necesita tratamiento urgentemente. Le pedimos que se comuniquen con nosotros con 48 horas de anticipación. Las cancelaciones serán documentadas y pueden ocasionar cargos si se repiten.

NO ATENDER A SU CITA

Si no se presenta a una cita programada, se le cobrará una tarifa de \$ 50 por cada hora programada si la cita no es cancelada con 48 horas de anticipo.

LLEGADA TARDÍA

En un esfuerzo por atender a nuestros pacientes de manera oportuna, le pedimos que llegue a tiempo a su cita programada. En caso de que llegue tarde, por favor llame a la oficina. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, se le puede pedir cambiar su cita a otro día.

POLÍZA DE TELÉFONOS CELULARES

Como cortesía hacia otros pacientes y en un esfuerzo por mantener nuestro horario, solicitamos que los teléfonos celulares se guarden mientras la dentista, la higienista o la asistente estén en la habitación con usted. También solicitamos que no se tomen fotografías o videos sin el permiso de los dentistas o el personal.

PAGO DE TRATAMIENTO

Requerimos un pago inicial de \$ 50 para reservar una cita de tratamiento mayor. El pago se destinará a su copago de bolsillo, pero no será reembolsable si cancela sin 48 horas de anticipación o si no atiende su cita.

RAYOS X

Requerimos radiografías para diagnosticar cada seis meses o cuando la dentista lo considere necesario. Es su responsabilidad si su seguro no cubre el costo. *No podremos ver a los pacientes que rechacen estos servicios para una cita de ningún tipo.*

He leído y entiendo las "Pólizas de Práctica"

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



Como fue que encontró nuestra oficina?

- Manejando/Caminando
- Compañía de Seguro
- Transferencia de otra oficina dental
- Referencia de paciente: _____
- Búsqueda en el internet
- Correo a domicilio
- Algun empleado
- Otro: _____

Hay algún problema en particular o servicios que le gustaría discutir:

- Dolor de diente o muela
- Extracción de muelas del juicio
- Puente/Parcial/Dentaduras
- Blanqueamiento de dientes
- Sangrado de las encías / Dolor
- Dientes astillados o quebrados
- Invisaling
- Otro: _____



AUTORIZACIÓN Y ACUERDO

Doy mi permiso a Martha Day, DDS PLLC y a todas sus subsidiarias y / o afiliadas de la oficina dental para fotografiar y / o grabar en video y usar mi imagen o voz con el propósito de promocionar. Renuncio a cualquier derecho que tenga de inspeccionar o aprobar la fotografía y / o cintas de video o clips de sonido o cualquier uso asociado de los anteriores en cualquier material. Cualquier uso de este tipo será sin pago de ningún tipo.

Por la presente, libero a Martha Day DDS PLLC y su corporación matriz, inversionistas, funcionarios, directores, afiliados y subsidiarias, franquicias y agencias relacionadas de cualquier responsabilidad relacionada con el uso de la (s) imagen (es), incluyendo, pero no limitado a, cualquier desenfoque, alteración o uso de la fotografía y / o cinta de video o materiales en cualquier publicación.

Entiendo y acepto que esta Autorización, Liberación y Acuerdo entrarán en vigencia para siempre en la fecha a continuación.

Firma

Nombre Impreso

Dirección

Número de teléfono

Fecha de firma