

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino/ Femenino

Nombre preferido: _____

Email: _____ SS#: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número telefónico principal: _____

Número telefónico secundario: _____

Estado marital: Casado(a) / Soltero(a) / Divorciado(a) / Viudo(a)

Nombre del esposo(a) o guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Número telefónico: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del seguro: _____ Numero de miembro: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Número telefónico: _____

AUTORIZACION

Entiendo y acepto que, (independientemente del estado de seguro), soy el responsable final del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. También he leído y entiendo completamente toda la información en este formulario y he completado las respuestas anteriores. Por lo tanto, certifico que esta información es verdadera y correcta. Si se produce algún cambio en mi estado de salud o en la información anterior, lo notificaré a The Loop Endodontics. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con este reclamo. Por la presente, autorizo el pago directamente a The Loop Endodontics o a los beneficios del seguro de grupo que de otro modo se me pagarían.

Nombre: _____**Fecha:** _____**Firma:** _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doctor general: _____

Número telefónico: _____

SOLO PARA MUJERES:

Embarazada: SI / NO En caso afirmativo, cuantas semanas: _____

Lactando: SI / NO Tomando anticonceptivos: SI / NO

Numero de fax: _____

Eres alergico(a) a alguno de los siguientes? (Por favor marque)

Aspirina / Penicillina / Codeine Darvon / Valium

Percodan / Anestesia Local / Erythromycina / Óxido Nitroso / Otro

¿Estas bajo tratamiento médico? SI / NO

Alergia al LATEX
SI / NO

Marque si ha tenido o tiene alguno de los siguientes:

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| SIDA/VIH Positivo | Dolor de espalda | Soplo cardiac | Lupus |
| Anemia | Herpes labial | Marcapasos | Prolapso de la valvula mitral |
| Angina | Fiebre | Hepatitis A, B, C | Cuidado psiquiatrico |
| Artritis | Transtorno por calor | Herpes | Perdida de peso reciente |
| Valvula de corazón | Convulsiones | Colesterol alto | Fiebre reumatica |
| Articulación artificial | Diabetes | Presión alta / baja | Sinusitis |
| Asma | Adicción a las drogas | Hipoglicemia | Stroke |
| Enfermedad de la sangre | Epilepsia | Arritmia cardiaca | Problemas de tiroides |
| Problemas respiratorios | Sangrado excesivo | Problemas en los riñones | Tuberculosis |
| Cancer | Fiebre del heno | Leucemia | Tumor |
| Quimioterapia | Ataque del corazón | Problemas del hígado | Enfermedad venerea |

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

En caso afirmativo, por favor explique: _____

DIRECCION DE LA FARMACIA: _____ **Número telefónico:** _____

Certifico que las preguntas de este formulario han sido respondidas correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a The Loop Endodontics de cualquier cambio en el estado médico.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

DIVULGACION Y RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir The Loop Endodontics como su proveedor dental. Estamos comprometidos para que su tratamiento sea exitoso. Su firma en la línea a continuación forma un acuerdo legalmente vinculado entre The Loop Endodontics y el paciente que recibe atención dental, o la parte responsable de los pacientes menores de edad (aquellos pacientes menores de 18 años). La parte responsable es la persona financieramente responsable del pago de las facturas dentales asociadas con los servicios dentales proporcionados por The Loop Endodontics, y es la persona indicada en el siguiente formulario como la parte responsable en el espacio proporcionado. El paciente, si es mayor de 18 años es el responsable. La siguiente es una declaración de nuestra política de pago. Esta política de pago se aplica a todos los servicios prestados por The Loop Endodontics, independientemente de la ubicación.

Todos los cargos por los servicios prestados deben ser pagados en el momento del servicio.

Para nuestros pacientes SIN seguro dental:

Si no tiene seguro dental, se debe hacer el pago de todos los servicios profesionales en el momento de su visita.

Para nuestros pacientes CON seguro dental:

Los proveedores de The Loop Endodontics participan en la mayoría de los principales planes dentales y verificarán la elegibilidad y la cobertura de todos los seguros. Nuestra oficina presentará un reclamo por cualquier servicio prestado a un paciente; sin embargo, es responsabilidad de la Parte Responsable pagar el monto total de todos los servicios que no sean cubiertos por su seguro dental. Es responsabilidad de la parte responsable proporcionar toda la información necesaria y completar los formularios requeridos antes de abandonar la oficina. The Loop Endodontics no recibe seguros dentales secundarios. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de su seguro.

Además, su compañía de seguros puede basarse en tarifas consideradas "usuales y habituales" que difieren de las nuestras. Cobramos lo que es habitual para nuestra práctica. **Usted es responsable del pago total, independientemente de la determinación de las tarifas "usuales y habituales" de su compañía de seguros.**

Recuerde que el seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de este contrato. **Usted es responsable de tener su cuenta al día.** No podemos negociar o cambiar los copagos, deducibles, coseguros o montos de servicios no cubiertos definidos como responsabilidad del paciente según los términos de nuestro contrato con varios planes de salud. El monto de los copagos y el coseguro debe ser pagados en su totalidad en el momento de la visita al consultorio.

Cualquier saldo restante en su cuenta después de que su compañía de seguro haya procesado su reclamo y enviado la Explicación de beneficios será su responsabilidad pagar la diferencia dentro de los 30 días posteriores. Si no paga todos los saldos restantes dentro de los 30 días posteriores se le cobrará una multa de facturación de \$ 15.00

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Relación: _____

POLITICA DE LA OFICINA**Citas perdidas:**

No dar un aviso previo de 24 horas para una cancelar una cita o no presentarse a la cita tendra una multa de \$49.00 que serán cargados a su cuenta. Este cargo no se puede facturar a la compañía de seguros y será su responsabilidad hacer este pago. La falta de pago de una tarifa por no presentarse se tratará de acuerdo con nuestra política sobre saldos pendientes, con la excepción de los avisos de cobro. Se requiere un aviso de 24 horas para cambiar una cita programada.

Confirmación de su cita reservada:

Valoramos su tiempo y hemos reservado el tiempo del doctor para verlo. **Para asegurarse de mantener esta cita reservada, debe confirmarla por correo electrónico o por teléfono.** Comenzaremos este proceso 1 semana antes de la hora de su cita reservada y simplemente debe respondernos que aún puede asistir. Intentaremos comunicarnos con usted un total de 4 veces por correo electrónico o por teléfono. Si recibimos noticias suyas durante cualquiera de esos intentos, no nos pondremos en contacto con usted hasta el día de su cita como recordatorio. Si planea cambiar la hora de su cita reservada, requerimos un aviso de 2 días hábiles. **Si no confirma su cita dentro de los 2 días hábiles anteriores a su cita, perderá la hora de su cita reservada y tendrá que reprogramarla.**

Métodos de pago:

Efectivo, Visa, MasterCard, American Express, Apple Pay, Care Plus and Care Credit. Las devoluciones de cargo se consideran robo de servicios minoristas a través del acto de conversión. Este delito es manejado por el departamento de policía local y resuelto mediante un juicio por parte de la oficina del fiscal estatal. Todos los honorarios asociados con el enjuiciamiento serán aceptados por el paciente o parte responsable.

Cuentas vencidas:

En caso de que The Loop Endodontics inicie procedimientos de cobro u otra acción legal para cobrar una cuenta vencida, la parte responsable reconoce y entiende que The Loop Endodontics tiene derecho a divulgar a su agencia de cobranza externa toda la información personal y de cuenta relevante necesaria. Para cobrar el pago de los servicios registrados, incluidos los cargos por servicio aplicables y los costos de cobranza aplicables. La Parte Responsable comprende y reconoce la responsabilidad de todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los honorarios y costos de los abogados, los costos judiciales y los intereses se acumularán sobre todos los saldos impagos a una tasa del 1.5 % mensual (18 % anual).

Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, el paciente puede ser dado de alta de The Loop Endodontics. Tenemos el derecho de negarnos a ver a un paciente que tiene un saldo impago.

Al firmar a continuación, acepta la responsabilidad total como paciente que recibe servicios dentales o como la parte responsable, según corresponda. Su firma a continuación verifica que ha leído las divulgaciones anteriores, comprende sus responsabilidades y acepta los términos establecidos en este documento.

Nombre: _____
Firma: _____

Fecha: _____
Relación: _____

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). (Se proporciona una copia según lo solicitado) Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre varios proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de atención médica
- Llevar a cabo operaciones normales de atención de la salud, como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida. Se me ha otorgado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene derecho a cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con esta oficina en la dirección que figura a continuación para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con tales restricciones.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **relación:** _____

Personas autorizadas para reclamar información de la cuenta o tratamiento del paciente:

Nombre: _____ **Relacion:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____

***** Sólo para uso de la oficina *****

No pudimos obtener el reconocimiento por escrito del paciente de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad debido a las siguientes razones.

- El/la paciente se rehúsa a firmar
- Problemas/falta de comunicación
- Situación de emergencia

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____