
REGLAS DEL CENTRO DENTAL

Todos los pacientes deben saber que El Centro de Odontología es un Programa de Residencia en donde todo paciente sera atendido por un Residente que se encuentra en un Programa de Formacion de Posgrado. Para agilizar la calidad de atencion que prestamos a nuestros pacientes, hay varias pautas que se deben seguir.

1. Asegurese de confirmar su cita por lo menos con 2 dias de anticipacion. **No garantizamos puestos de citas que no esten confirmadas.** Por favor recuerde que por cada cita en el cual usted se retrase, por consiguiente retrasa el tratamiento del proximo paciente.
2. Si usted tiene mas de 15 minutos tarde, no podemos garantizar que usted sera atendido. Si esto ocurre mas de 3 veces, no se le dara otra cita.
3. Se requiere (24) horas de aviso de cancelacion. **SI NO SE NOTIFICA, SE APLICARÁ UN CARGO POR CANCELACIÓN DE \$ 25.**
4. Si cancela dos veces sin causa justificada, su cita no sera reprogramada. Si simplemente no se presenta o no notifica al Centro Dental que usted no puede asistir a su cita, no se le dara ninguna de las visitas adicionales. (Se toma en consideracion cancelacion de emergencia con documentos)
5. Estándar de identificación: se requieren dos formas de prueba válida (ambas deben presentar la misma dirección):
 - Licencia de conducir válida o tarjeta de identificación con foto del estado / condado con dirección actual
 - Factura de servicio público con el nombre del garante emitido dentro de los 60 días
 - Estado de cuenta bancaria con el nombre del garante emitido dentro de los 60 días
 - Pasaporte
6. **Todo tratamiento debe de ser pagado el dia del servicio. Aceptamos Efectivo, Visa, Mastercard, American Express y ofrecemos financiamiento a traves de la tarjeta Citi Health. CHEQUES PERSONALES SON ACEPTADOS, por favor tengan en cuenta que cualquier cheque que sea regresado se cobrara un cargo de \$35.**

Yo certifié que he leído la información anterior:

(FIRMA DEL PACIENTE)

(FECHA)

(IMPRIMIR NOMBRE DEL PACIENTE)

**30 Prospect Ave
Hackensack, NJ 07601
T. (551)996-2111
F. (551)996-2334**

**60 Second St.
Hackensack, NJ 07601
T. (551)996-3519
F. (551)996-0819**

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (_____) _____

Paciente _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Drogaadicción |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha

Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de _____

Nombre del menor/niño

por el presente

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

HISTORIA MÉDICA

La mejor respuesta a las siguientes preguntas le permitirá a su dentista darle un tratamiento individual, adecuado a sus necesidades.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 ¿Cuál es la razón de su visita? _____

Por favor conteste a cada pregunta marcando claramente sí o no en la casilla. Cuando tenga dudas, deje la casilla en blanco.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra en buen estado de salud ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso de estarlo, ¿Bajo qué tipo de tratamiento se encuentra? | | |
| 3. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez, o ha sufrido alguna enfermedad de gravedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso de contestar afirmativamente, explique: | | |
| 4. ¿Ha sangrado excesivamente después de alguna extracción dental? o si se corta, ¿Tarda en cicatrizar más que antes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. (Mujeres) ¿Está Ud. embarazada? En caso de estarlo, ¿Cuál es la fecha aproximada del parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa alguna forma de tabaco? En caso de usarlo, ¿Cuánto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Bebe alcohol (más de 2 copas al día)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha tenido o tiene lo siguiente?: | | |

	SI	NO
GENERAL		
Cansancio, debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de peso súbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIEL		
Erupciones, urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de pigmentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS		
Cambio en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OÍDOS		
Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NARIZ		
Hemorragias nasales frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARGANTA		
Dolor/ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA NERVIOSO		
Apoplejía/embolia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento/hormigueo/comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo/desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATORIO		
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/fiebre del heno (alergia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Producción de flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con flema sanguinolenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al respirar cuando está recostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA ENDOCRINO		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes en su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides/bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas		

	SI	NO
CORAZÓN/VASOS SANGUÍNEOS		
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho/molestias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos/ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aliento/sofocación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (hereditaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso valvular mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas		
HUESOS/MÚSCULOS		
Artritis/reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremidades/articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA DIGESTIVO		
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia (derrame biliar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excremento negro, sanguinolento o descolorido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA URINARIO		
Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento en la frecuencia al orinar (por las noches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreciones por la uretra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRE		
Mallugaduras/moretones/cardinales fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS		
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores o protuberancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Es Ud. ALÉRGICO o ha experimentado reacción alérgica a lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO
Anestesia local (por ejemplo, a la novocaína).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina o codeína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos/sedantes/pastillas para dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos del grupo sulfonamida (sulfa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina/otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Está Ud. tomando algo de lo siguiente?:

	SI	NO		SI	NO
Antibióticos/medicamentos que contengan sulfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diluyentes sanguíneos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulina/otros medicamentos para la diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la presión de la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas recreativas (no medicinales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Digitalis/otros medicamentos para el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortisona/esteroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitroglicerina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina antihistamínica/medicina para las alergias/remedios para el resfriado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros medicamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contesta afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, dé una lista de los medicamentos y las dosis que está tomando:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

11. ¿Hay alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que Ud. crea necesario comunicarnos? o ¿Hay alguna actividad que su médico le prohíba? De ser así, explique: _____

12. Nombre de su médico _____ Teléfono _____

13. ¿Ha tenido algún problema serio asociado con algún tratamiento dental anterior?: _____

14. ¿Lo pone nervioso el tratamiento dental? No _____ Un poco _____ Moderadamente _____ Extremadamente _____

15. Fecha de su última consulta dental?: _____

16. ¿Ha tenido tratamiento por alguna enfermedad periodontal (enfermedad en las encías, piorrea, infección con ulceración en las mucosas de la boca)? _____ De haberla tenido ¿Cuándo fue? _____

17. ¿Ha tenido o tiene lo siguiente?:

BOCA		SI	NO	DIENTES		SI	NO
Encías sangrantes o úlceras (aftas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dientes flojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sabor desagradable/mal aliento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensibilidad a las cosas calientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ardores en la lengua/labios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensibilidad a las cosas frías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ampollas frecuentes en labios/boca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensibilidad a lo dulce.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazón/protuberancias en la boca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensibilidad al morder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ortodoncia (frenos, ganchos, aros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Se le aloja la comida entre los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se muerde el interior de las mejillas o los labios?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aprieta/rechina los dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de mandíbula (¿Le truena?).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Desviación en los dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad al abrir o cerrar la mandíbula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Ha notado cambios en los dientes al morder?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HIGIENE ORAL

¿Usa lo siguiente?:

	SI	NO	
Cepillo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____
Hilo dental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Como es su cepillo? Suave <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/>
Enjuague con fluoruro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro tipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

De acuerdo a mis posibilidades, he contestado lo más correctamente posible las preguntas anteriores.

Si en algún momento existe un cambio en mi salud o en los medicamentos que estoy tomando, lo informaré a mi dentista en mi próxima cita.

Firma del paciente, padres o tutor _____ Fecha _____

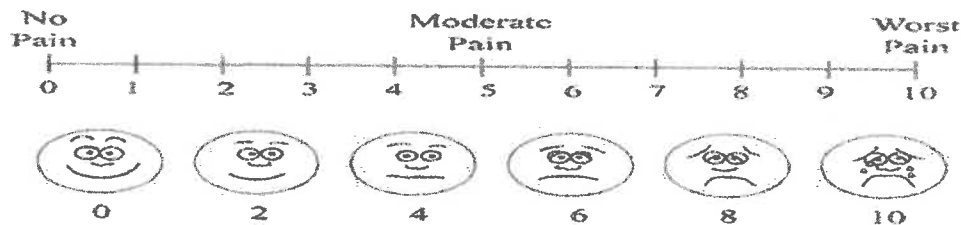
EL CENTRO DE ODONTOLOGÍA EN HUMC

CUESTIONARIO PARA EL MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario. cuando termine, devuelva el cuestionario a recepcion. Muchas gracias por su asistencia con nuestra encuesta.

1. ¿Actualmente experimenta dolor de forma recurrente? _____ Si o _____ No

Usando las imágenes a continuación, encierre en un círculo la imagen /número que mejor describa su dolor.



(Si su respuesta es "Si", continúe, si es "NO", puedes parar)

2. Si es así, tu dolor:
_____ Constante? o _____ Intermitente?
3. ¿Estás tomando medicamentos para controlar el dolor? _____ Si o _____ No
4. En caso afirmativo, ¿es de venta libre (OTC) o prescrito por su médico?

5. ¿Qué tan satisfecho está usted con la forma en que controla su dolor en este momento?
_____ Muy satisfecho _____ Satisfecho _____ Insatisfecho
6. ¿Alguien ha discutido la importancia de recibir alivio del dolor con usted?
_____ Nadie _____ Mi doctor _____ Una enfermera _____ Otro
7. Si está usando medicamentos(s) para controlar su dolor, Lista:

8. Si no está recibiendo alivio del dolor, ¿le han dado instrucciones sobre a quién llamar?



The Center for Dentistry
Located at
Hackensack University Medical Center



Hackensack
Meridian Health
Hackensack University
Medical Center

Poliza de Pago

PAGO COMPLETO: Se requiere el pago completo al momento del servicio de todos los pacientes.

SEGURO DENTAL: Nos complace registrar los formularios necesarios para garantizar que reciba todos los beneficios de su cobertura. No podemos garantizar ninguna cobertura estimada. Su deducible impago y cualquier parte estimada de las tarifas no cubiertas por su seguro vencen al momento del servicio. Debido a que la póliza de seguro es un acuerdo entre usted y la compañía de seguros, solicitamos que los pacientes sean directamente responsables de todos los cargos. Si por alguna razón su compañía de seguros no ha pagado su parte dentro de los 60 días posteriores al inicio del tratamiento, usted es responsable del pago en ese momento.

OPCIONES DE PAGO

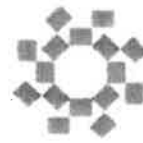
- **EFFECTIVO o Money Order**
- **TARJETAS DE CRÉDITO:** para su conveniencia, aceptamos pagos con MasterCard, Visa, American Express y Care Credit.
- **PLANES DE PAGO:** Para los pacientes que desean un plan de pago mensual, ofrecemos financiamiento a través de Care Credit. No hay tarifas de solicitud ni pago inicial y el préstamo puede ser libre de intereses. Las solicitudes están disponibles en nuestra oficina y la aprobación se proporciona rápidamente.

SALDOS VENCIDOS: Un saldo vencido es cualquier cantidad adeudada de una visita previa en la que el seguro no está pendiente o no se ha recibido un pago del seguro dentro de los 60 días. Todos los saldos impagos están sujetos a un cargo por servicio mensual del 1.5%. Cualquier cuenta morosa deberá pagar todos los saldos vencidos en su totalidad antes de incurrir en cargos nuevos. Todos los cargos futuros deberán pagarse en el momento en que se presten los servicios. Las cuentas con pagos atrasados serán dirigidos una agencia de cobranza.

REGLA DE LA BANDERA ROJA: La Regla de la Bandera Roja fue creada por la Comisión Federal de Comercio, junto con otras agencias gubernamentales como la Administración Nacional de Cooperativas de Crédito, para ayudar a prevenir el robo de identidad. La regla se aprobó en enero de 2008. Para cumplir con esta regla, nuestra oficina requerirá la siguiente información para ser tratada en nuestras instalaciones.

1. Todos los pacientes nuevos deberán presentar una tarjeta de identificación con foto válida emitida por una agencia del gobierno local, estatal o federal, y copiaremos dicha identificación para mantenerla en nuestros archivos: a. En el caso de que el nuevo paciente sea menor de edad, se obtendrá una identificación con foto de la parte responsable del paciente; y B. En el caso de que un nuevo paciente no tenga una identificación con foto válida, se obtendrán dos formas de identificación sin foto, una de las cuales es emitida por una agencia estatal o federal, así como una factura de agua o servicios públicos u otra forma de identificación La dirección correcta o actual.
2. Para los nuevos pacientes con seguro, la información se verificará con su compañía de seguros antes de la facturación.
3. Si un Paciente / Garante no tiene dos de las formas de identificación aprobadas enumeradas anteriormente, el servicio electivo deberá reprogramarse.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Hackensack
Meridian *Health*
Hackensack University
Medical Center

Información (HIPPA) Formulario de Consentimiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Permiso de Obtener Información

Autorizo la liberación de información que incluye: diagnóstico, registros e información del seguro. Esta información puede divulgarse a:

- Esposo/a: _____
- Hijos: _____
- Tutor: _____
- Otro: _____
- La información NO se divulgará a nadie.

Mensajes:

Por favor llama:

- Mi Hogar: _____
- Mi lugar de trabajo: _____
- Mi móvil: _____

Si no puede ponerse en contacto conmigo, puede:

- Deja un mensaje detallado
- Deja un mensaje solicitando una devolución de llamada

El mejor momento para contactarme es:

- Mañana
- Tarde
- Noche

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

60 2nd Street
Hackensack NJ 07601
T. 551-996-2111
F. 551-996-0819

30 Prospect Ave
Hackensack NJ 07601
T. 551-996-2111
F. 551-996-2334