

Cheer Dental - Dr. Patricia Guerra-Hirji

Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Seguro Social#: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Licencia _____ Estado Civil: _____

Soltero Casado Divorciado M F Estudiante?:

Dirección: _____

Teléfono Celular # _____ Teléfono del Trabajo# _____

Email: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

¿Cómo encontró nuestra oficina? _____ ¿Quién lo refirió? _____

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? Text Email Teléfono

Garantor-Persona a cuyo nombre está el seguro dental:

Apellido: _____ Nombre: _____

ID # _____ Teléfono del Seguro Dental: _____

Nombre del Seguro Dental: _____ Grupo#: _____

Padre o Madre si es menor de edad:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social#: _____

Teléfono (móvil) _____

Email _____

Empleador _____ Ocupación _____

Yo autorizo al dentista a hacer los diagnósticos, procedimientos, y tratamientos necesarios para un cuidado dental apropiado. Autorizo la divulgación de cualquier información referente a mi o a mi hijo/a relacionada con la salud, consejos, y tratamientos proveídos, con el propósito de mandar o evaluar reclamaciones al Seguro Dental. Doy también mi autorización para que los pagos del Seguro dental sean mandados/colectados por la oficina dental. Entiendo que la compañía de Seguro dental pudiera pagar menos de lo estimado y en ese caso sería mi responsabilidad financiera el pago total de los servicios prestados. Con la firma de este documento revoco, todo acuerdo que haya hecho previamente y acepto la responsabilidad por los balances en la cuenta como resultado de los pagos no realizados por las compañías de Seguro Dentales.

Doy testimonio de que la información en esta forma es verdadera.

Firma: _____ Fecha _____

Historial Dental:

Razón por su visita hoy: _____

¿Cuándo fue la última vez que estuvo con el dentista? _____

Circule si Siente:

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------|
| • Mal Aliento | Fuma | |
| • Boca Seca | Rechina o Aprieta sus Dientes | Tratamiento de Encías |
| • Respira por la boca | Dientes Flojos | |
| • Sangramiento en las encías | | |
| • Sensibilidad: Generalizada o solo en un diente | | |

¿Ha tenido una mala experiencia en el dentista o problemas con algún tratamiento dental? No Sí, Explique:

¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia dental? No Sí, Explique:

He leído y respondido todas las preguntas con veracidad.

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Póliza Financiera

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dr. Patricia Guerra-Hirji tiene como responsabilidad proveer el mejor servicio dental posible y estamos dispuestos a explicarle nuestra póliza de pago en cualquier momento. Su entendimiento de nuestra póliza financiera es muy importante para nuestra relación profesional. Por favor pregunte si tiene alguna duda sobre nuestros costos, póliza, o sus responsabilidades:

- **El pago por los servicios debe ser hecho el día en que el tratamiento de realiza.**
- **Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, and Care Credit. NO ACEPTAMOS CHEQUES.**
- **Enviamos la reclamación al Seguro Dental como una cortesía a nuestros pacientes. La cotización del paciente es solo un estimado y se colecta el día en que se realiza el tratamiento.**

Pacientes Adultos

Los pacientes adultos son responsables por los costos del tratamiento en su totalidad en el momento en que son realizados.

Menores Acompañados por adultos

El adulto que acompaña el menor, padres o guardianes, son responsables por los costos del tratamiento en su totalidad en el momento en que son realizados.

Menores no acompañados por adultos

Solo tratamientos de emergencia serán realizados.

Seguros Dentales

Proveemos servicios de reclamación como una cortesía a nuestros pacientes. La porción/ co-payment del paciente es un estimado y se colecta el día del tratamiento. Dicha cantidad está sujeta a ajustes una vez que la compañía de Seguro procese los servicios realizados. Ciertos planes de Seguros Dentales tienen limitaciones en los beneficios anuales. Si usted o su familia exceden los beneficios asignados. Usted será responsable por la cantidad que no ha sido cubierta. El paciente o guardián es responsable de monitorear los beneficios que quedan en el Seguro Dental anualmente. Bajo ningún motivo el paciente/guardián debe confiar en la información recibida, por nuestros empleados, referente a los beneficios anuales y mucho menos delegar la responsabilidad de mantenerse al tanto del respecto.

Las reclamaciones que mandamos a las compañías de Seguro indican que usted ha autorizado que los pagos se realicen a nombre de nuestra oficina. Si algún pago es mandado a usted por error del Seguro Dental, usted es responsable por el balance de la cuenta en su totalidad y el pago debe ser realizado inmediatamente.

Si usted está cubierto por más de un Seguro Dental, nosotros le ayudaremos a obtener el mayor beneficio posible. Colectaremos los deducibles y co-payments basado en su Seguro primario y mandaremos la reclamación a la segunda compañía de Seguro. El pago de la segunda compañía de Seguro se realizará directamente a usted.

El paciente/ persona responsable tendrán responsabilidad total por los cargos no cubiertos por el Seguro Dental.

Si tiene un balance en su cuenta por más de 30 días, se le cobrara un recargo del 1.5%.

Citas canceladas o perdidas

Nuestra Oficina reserva el tiempo del Doctor solo para su usted. **A menos que cancele con 48 horas por adelantado, nuestra póliza es cobrar \$35 por el tiempo desperdiciado. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo y siendo responsable con sus citas dentales.**

Gracias por entender y aceptar nuestra póliza financiera. Por favor háganos saber si tiene alguna pregunta o duda.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Asignación de Beneficios y Divulgación de Información Médica y Dental:

Sección A: Consentimiento Confidencial.

Nombre del paciente: _____ SS#: _____

Sección B: Por favor lea con atención:

Mediante la firma de esta ficha usted da su autorización para el uso y divulgación de la información médica y dental con el propósito de realizar tratamiento, métodos de pago, y operaciones generales de oficina.

- Yo asigno mis beneficios contractualmente a Cheer Dental
- Yo autorizo la divulgación de mi información a las compañías de Seguros (Dentales y Médicos)
- Yo autorizo a mi dentista y Cheer Dental a contactar a mi empleador así como mi compañía de Seguro Dental y actuar como mi agente con el propósito de obtener pagos de mi seguro o/y empleador por servicios realizados
- Yo autorizo que los pagos sean realizados directamente a mi dentista o a Cheer Dental
- Yo permito que una copia de mi autorización sea usada en reemplazo por la original
- Yo certifico que no tengo ninguna otra cobertura dental

Póliza de Prácticas Privadas: Tiene el derecho de leer nuestra Póliza de Prácticas Privadas antes de decidir firmar este consentimiento. Nuestra póliza describe el tratamiento, pagos, y operaciones generales sobre el uso que damos a su información médica y dental. Una copia está colgada en el área de entrada. Le exhortamos a que la lea detalladamente antes de firmar su autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra Póliza de Prácticas Privadas. De así suceder, haremos un nuevo documento con las revisiones. Esos cambios corresponderán a toda la información dental y médica que mantenemos.

Puede obtener una copia en cualquier momento si así lo desea.

Puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento que desee. Por favor entienda que una revocación no afectaría cualquier acción realizada antes de ser recibida.

Sección C: Firma

Yo, _____ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta forma de consentimiento así como la Póliza de Práctica. Entiendo que con mi firma, estoy dando mi consentimiento a usar y divulgar mi información dental y médica con el propósito de realizar tratamientos, obtener pagos, y operaciones generales de la oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Si la firma es de un padre/madre o Guardián Legal, por favor complete adjunto:

Nombre: _____

Relación con el Paciente: _____

Sección D: Autorización de Familiares

Yo, _____ entiendo que estoy dando mi consentimiento a Cheer Dental, para que informe de mi condición médica, dental, financiera, y de cualquier otra índole a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

____ Nadie Más, Solo yo.

Puede revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento que desee.

Me puede contactar de las siguientes maneras:

Teléfono celular #: _____

____ Puede dejar un mensaje detallado

____ NO Deje mensaje detallado

Por Email: _____

____ Puede dejar un mensaje detallado

____ NO Deje mensaje detallado

Sección F: Revocación de Consentimiento

Revoco mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que la revocación de mi Consentimiento no afectará ninguna acción que se haya tomado en dependencia de mi Consentimiento antes de que esta notificación escrita de Revocación sea recibida. También entiendo que puede rechazar el tratamiento o continuar con el tratamiento después de que haya revocado este Consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta revocación del consentimiento está firmada por un representante personal (padre / madre / tutor) en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Actualizaciones de la historia médica

Nombre del paciente: _____

He leído mi historial médico y confirmo que declaro adecuadamente las condiciones pasadas y presentes.

| Fecha | Cambios | Iniciales del Paciente | Iniciales del Doctor |
|-------|---------|------------------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |