

Información para Pacientes, Farmacias y Seguros

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
Dirección: _____ Código postal: _____ Ciudad _____ Estado: _____
Número de Seguro Social: _____ Estado civil: S M D W
Número de teléfono preferido: _____ ¿Es este un número de teléfono SÍ / NO?
Dirección de correo electrónico: _____
Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia Preferida

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Seguro dental primario

¿El suscriptor es el paciente? Si / No

Información del suscriptor:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____ Compañía de seguros: _____
Número de teléfono: _____ ID de suscriptor /: _____ Número de grupo: _____
Relación con el suscriptor: _____ Teléfono del suscriptor#: _____

Seguro dental secundario: (si no hay cobertura secundaria, deje en blanco)

¿El suscriptor es el paciente? Si / No

Información del suscriptor:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____ Compañía de seguros: _____
Número de teléfono: _____ ID de suscriptor /: _____ Número de grupo: _____
Relación con el suscriptor: _____ Teléfono del suscriptor#: _____

Asignación y Liberación

Certifico que yo y / o mi (s) dependiente (s), tenemos cobertura de seguro con la compañía de seguros mencionada anteriormente y asigne a Katyleydis Del Pino Caro de Alamo City Family Dentistry todos los beneficios de seguro, si corresponde, para los servicios prestados Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. El centro dental mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información al Las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinación de beneficios de seguro o beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento se mantendrá vigente todo el tiempo. ya que soy un paciente con la instalación dental mencionada anteriormente.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Historia de Salud

Nombre del paciente : _____ Fecha: _____

¿Alguna vez ha estado o está ahora bajo el cuidado de un médico? Si o No

¿Si es así por qué? _____

Alguna vez ha sido hospitalizado? Si o No

Razón: _____

Nombre del Médico: _____

Cuándo fue tu último examen físico complete : _____

Actualmente estás tomando algún medicamento? Si o No

Lista: _____

Ha tomado algún tratamiento con cortisona / esterioterapia durante los últimos dos años? Si o No

Es usted alérgico o tiene alguna reacción adversa a alguno de los siguientes medicamentos?

Aspirina

Codeína

Penicilina

Eritromicina

Anestesia local

Óxido nitroso

Eres consciente de ser alérgico a algún medicamento? Si o No

Si es así, por favor liste: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Articulación artificial	Si No	Anemia	Si No
Implante de válvula cardíaca	Si No	Transfusión de sangre	Si No
Enfermedad del corazón / Infarto	Si No	Hepatitis / ictericia / enfermedad del hígado	Si No
Fiebre reumática	Si No	Tuberculosis	Si No
Soplo cardíaco	Si No	Exposición al SIDA / VIH	Si No
Presión alta / baja	Si No	Enfermedad venérea	Si No
Marcapasos	Si No	Alcoholismo / Abuso de Drogas	Si No
Alergias / Asma	Si No	Tratamiento de radiación	Si No
Problemas de sinusitis	Si No	Cáncer / tumor	Si No
Epilepsia / convulsiones	Si No	Quimioterapia	Si No
Desmayos / mareos	Si No	Hipertermia maligna / Historia familiar	Si No
Tratamiento psiquiátrico	Si No	Úlceras	Si No
Glaucoma	Si No	Problemas nerviosos	Si No
Diabetes	Si No	Pérdida de peso reciente	Si No
Desorden alimenticio	Si No	Enfermedades de la sangre	Si No
Problemas circulatorios	Si No	Artritis	Si No
Sangrado excesivo por corte / lesión	Si No	Trombosis	Si No

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista? Si No

Fuma o mastica tabaco? Si No

Cuánto? _____

Consumo bebidas alcohólicas? Si No Cuánto? _____

Está embarazada o sospecha que puede estar? Si No

Estás amamantando? Sí NO

Está tomando anticonceptivos orales? Si No

Usas lentes de contacto? Si No

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista? Si No

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es verdadera

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del personal _____ Doctor inicial _____

Política financiera

Gracias por elegir a Alamo City Family Dentistry como su proveedor dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento (o el de su hijo) sea exitoso y agradable. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento. Todos deben completar nuestros formularios de información antes de ver al Doctor.

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito / crédito y tarjeta de crédito.
HABRÁ UN CARGO DE \$ 25.00 EN LOS CHEQUES DEVUELTOS.

En cuanto a seguros

El saldo es su responsabilidad si su seguro paga o no. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que proporcione la información completa de su seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Por favor, comprenda que hay muchos planes de seguro diferentes. Como cortesía para usted, nuestro personal pasa mucho tiempo obteniendo información y beneficios. Hacemos lo mejor que podemos con la información que proporciona la compañía de seguros. Esto no es una garantía de pago. El pago se determina en el momento en que la compañía de seguros recibe el reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 60 días posteriores a la tramitación del reclamo, el saldo restante será un total de sus servicios no cubiertos y cualquier parte del paciente que no se haya cobrado en el momento en que se prestó el servicio. Le notificaremos sobre cualquier saldo del que sea responsable y, si no se han hecho arreglos de pago, su cuenta será remitida para su cobro.

TODOS LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES SE DEBEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

En el caso de que su cobertura de seguro cambie, nuestra oficina debe ser notificada al menos 2 días hábiles antes de la cita para garantizar la verificación adecuada. Si por alguna razón no se nos notifica con anticipación, no podemos predecir con precisión la cobertura de los procedimientos de la compañía de seguros.

El adulto que acompaña a un menor y los padres / tutores son responsables del pago completo.

Política de citas rotas / no show

Los horarios de citas están reservados exclusivamente para usted. No hacemos doble libro. El tiempo perdido es costoso para todos. Nos reservamos el derecho de cobrar por las citas interrumpidas. Si no puede hacer su cita, por favor llámenos dentro de las 48 horas para reprogramar. Si no llama, envía un mensaje de texto, deja un vm y no se presenta, se le cobrará una tarifa de \$ 35.00 por no presentarse. Gracias por su cooperación y esperamos una relación mutuamente satisfactoria. Por favor, siéntase libre de discutir sus necesidades particulares con el personal.

HE LEÍDO LO ANTERIOR Y ACEPTO LOS TÉRMINOS, Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mis reclamaciones de seguro y la asignación de todos y cada uno de los beneficios dentales pagados directamente a Katyleydis Del Pino Caro de Alamo City Family Dentistry de los beneficios grupales que de otra manera me serían reembolsables.

Nombre del paciente (padre / tutor)

Fecha

Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Alamo City Family Dentistry

Propósito: este formulario se utiliza para obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese reconocimiento.

*** Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento ***

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de este funcionario.

(Por favor imprima el nombre)

(Firma)

(Fecha)

Autorización para liberar información

Propósito: Este formulario se usa para obtener autorización para divulgar información sobre usted cubierta por la Ley de Privacidad a personas que no sean usted.

Yo, _____, autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s) a tener acceso a la información cubierta bajo la Práctica de Privacidad con respecto a mí.

(Por favor imprima el nombre)

(Relación)

(Por favor imprima el nombre)

(Relación)

(Por favor imprima el nombre)

(Relación)

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Prohibidas las barreras de comunicación obteniendo el reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.
- Otros (especificar) _____

Cuestionario dental:

1.) ¿Cuándo fue tu último examen? _____

2.) ¿Cuándo fue tu última limpieza? _____

3.) ¿Tiene dolor o molestia en este momento? **Sí** **No**

4.) ¿Te sangran las encías cuando te cepillas? **Sí** **No**

5.) ¿Estás contento con tu sonrisa? **Sí** **No**

6.) ¿Te interesa blanquear tus dientes? **Sí** **No**

7.) ¿Te interesa enderezar tus dientes? **Sí** **No**

8.) ¿Te interesan las llaves invisibles? **Sí** **No**

9.) ¿Te han dicho que rechinas tus dientes por la noche? **Sí** **No**

10.) ¿Le han diagnosticado problemas con la Articulación Temporal Mandibular? **Sí** **No**

11.) ¿Te preocupa el mal aliento? **Sí** **No**

12.) ¿Estás experimentando frecuentemente una boca seca? **Sí** **No**

Comentarios: _____

