

Información de Paciente

Nombres _____ Apellidos _____
 Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguridad social _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono de casa: (____) _____ Número de Celular: (____) _____
 Empleador: _____
 Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Quién sera responsable por tu cuenta?

Usted (si sera usted, omite este paso) Padre Madre Otros (relación con usted) _____
 Nombres _____ Apellidos _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Número de seguridad social _____

Seguro Primario

Tipo de Seguro: Dental Médico

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Número de seguridad social del suscriptor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____

Nombre del seguro _____

Seguro ID # _____

Grupo: _____

Número del grupo: _____

Seguro Secundario

Tipo de Seguro: Dental Médico

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Número de seguridad social del suscriptor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____

Nombre del seguro _____

Seguro ID # _____

Grupo: _____

Número del grupo: _____

Ha sido un paciente de nuestra practica antes? Yes No

Como ha encontrado nuestra oficina (o quien podemos agradecer por una remisión)? _____

Búsqueda de Google Facebook / Medios de Comunicación Social Folleto / Correo Otro _____

Asignación y Liberación

El abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro y asignó directaente a 376 Dental Studio todos los beneficios del seguro, en su caso, del otro modo pagedero a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar todo la información necesaria para procesar mi reclamación de seguro.

X

Firma del paciente (padre o tutor si menor)

X

Fecha

Historia Dental

Motivo de la visita de hoy _____ Fecha de la última visita al dentista: _____

Fecha de las últimas radiografías dentales: _____

Compruebe si tiene problemas con cualquiera de los siguientes:

- Mal aliento Sangrando de las encías Al hacer clic o reventar la mandíbula Dificultad para masticar
 Rechinar los dientes Los espacios entre los dientes Los dientes flojos o rotos rellenos Sensibilidad al frío
 Sensibilidad al calor Sensibilidad a los dulces La sensibilidad al morder Llagas o tumores en la boca

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____

Hay algo que le gustaría cambiar de su sonrisa? _____

Historia Médico

Nombre del doctor? _____ Fecha de la última visita? _____

Esta actualmente tomando (o ha tomado) bisfosfonatos? (e.g. Boniva, Fosamax, Actonel)? Si No

Ha tenido alguna enfermedad u operaciones graves? Si No Si es así, describa _____

Solo Mujeres: Está embarazada? Si No Enfermería? Yes No Toma anticonceptivos? Si No

Compruebe si tiene problemas con cualquiera de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Los tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos, persistente | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Los valvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Los artífices artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> El hábito del tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Los dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o tobillos |
| <input type="checkbox"/> Los problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |

Medicamentos

Lista medicamentos que este tomando a continuación:

Alergias

- Penicilina Aspirina
- Sulfamidas Codeína
- Anestesia local Rieles
- Latex
- Otro _____

Proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para su salud. Por favor firme abajo para indicar que ha completado este formulario de historia clínica a lo mejor de su conocimiento y habilidad.

X _____
Firma del paciente (Padre o Tutor si menor)

X _____
Fecha

Política financiera

Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades dentales. Nos damos cuenta de que la situación financiera de cada persona es diferente. Por este motivo, hemos trabajado arduamente para brindar una variedad de opciones de pago que lo ayuden a recibir la atención dental que necesita y merece y que le permite disfrutar de una sonrisa sana y hermosa con respecto a su presupuesto. El tratamiento dental es una excelente inversión en la atención médica de un individuo. Siempre estamos disponibles para responder sus preguntas o ayudarlo de cualquier manera que podamos.

Para mantener las operaciones de práctica y evitar posibles malentendidos, les pedimos a los pacientes que acepten y se adhieran a los siguientes arreglos financieros con respecto a su tratamiento dental.

Los pagos se esperan al momento en que se prestan los servicios. Aceptamos dinero en efectivo, tarjetas de débito y todas las principales tarjetas de crédito. Por favor vea las opciones del plan de pago a continuación:

Términos de pago opcionales

1. **Descuento de pago total en efectivo para pacientes que no son de seguro:** ofrecemos un 10% de cortesía por todo el tratamiento que se paga en su totalidad (efectivo o tarjeta de crédito) en el momento del servicio.
2. **Servicio principal:** dos opciones de pago: ofrecemos una opción de dos pagos para el tratamiento Crown, Bridge, Implant y Denture. Le pedimos que pague la mitad de su copago en la primera cita y la segunda mitad en la fecha en que se le entrega la prótesis.
3. **Opción de pago con tarjeta de crédito:** permitimos (con un formulario de acuerdo firmado y un historial de pago establecido en nuestra oficina) una Opción de pago con tarjeta de crédito, que le permite realizar tres pagos iguales por tarjeta de crédito. Se debe pagar un tercio en la primera cita, un tercio vence treinta días más tarde y el tercio restante vence sesenta días después de la cita inicial. Nuestro personal de oficina cargará estos pagos a su tarjeta de crédito en las fechas de vencimiento.
4. **Préstamo a término:** Con un acuerdo con Care Credit, ofrecemos a nuestros pacientes, previa aprobación, un préstamo a plazo sin intereses (hasta 12 meses) sin pago inicial, sin cuota anual y sin penalización por pago anticipado. Por favor, solicite una aplicación.

Citas rotas

Se reserva una cantidad específica de tiempo especialmente para usted y recomendamos encarecidamente a todos los pacientes que mantengan sus citas. Si debe cambiar su cita, requerimos un aviso con al menos 24 horas de anticipación para evitar una tarifa de cancelación de \$ 35.00 (las emergencias son una excepción).

X _____
Firma del paciente (padre o tutor si es menor)

X _____
Fecha

Formulario de privacidad HIPAA Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información.

Por favor revísalo cuidadosamente.

Nuestro deber legal

La privacidad de su información de salud es importante para nosotros. La ley federal y estatal nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a enviarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigencia el 4/1/2013 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso entren en vigencia para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y haremos el nuevo Aviso disponible a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

Usos y divulgaciones de información de salud

Usamos y divulgamos su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño del proveedor y el proveedor, la realización de la capacitación programas, acreditación, certificación, licencias o actividades de credencialización.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso o las divulgaciones permitidas por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

Para su familia y amigos: debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si acepta que podamos hacerlo.

Personas involucradas en la atención: Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar a la notificación (incluyendo la identificación o localización) de un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, su condición general, o la muerte. Si está presente, antes de usar o divulgar su información médica, le brindará la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación utilizando nuestro criterio profesional divulgando solo información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés para permitir que una persona recoja recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información médica.

Servicios de propagandas relacionados con la salud: no utilizaremos su información de salud para comunicaciones de propagandas sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley.

Abuso o negligencia: podemos divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a oficiales federales autorizados la información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a la institución o ley correccional funcionario encargado de la aplicación de la ley que tenga la custodia legal de información de salud protegida del recluso o del paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (tales como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Derechos del paciente

Acceso: tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo de manera práctica. (Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo para gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa nominal por el tiempo del personal para ubicar y copiar su información médica, y franqueo si desea que le enviemos las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud. por una tarifa. Póngase en contacto con nosotros usando la información que se encuentra al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas).

Contabilidad de divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de instancias en las que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas durante los últimos 6 años, pero no antes de abril. 14, 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación alternativa: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. (Debe hacer su pedido por escrito.) Su solicitud debe especificar el medio alternativo o la ubicación, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que usted solicite.

Enmienda: tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad (2 páginas anteriores)

* Puede negarse a firmar este acuse de recibo *

He, _____, recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina

Por favor, imprima el nombre

Firma

Fecha

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:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento
- Otros (especificar)