

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Correo electrónico: _____ Número de seguro social _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Relación con usted: _____

Numero de teléfono: _____

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?

Sí

No

¿Goza de buena salud?

Sí

No

¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿qué condición se está tratando? _____

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado
ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? _____

Nombre de Doctor Primario: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

Fecha de la última visita: _____

Farmacia preferida: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código _____

Número de teléfono: _____

1. Reemplazo de articulaciones: ¿Ha tenido una articulación ortopédica?

(cadera, hombro, rodilla, más fino, codo, etc.) reemplazo?

Sí

No

Fecha de cirugía: _____

En caso afirmativo, ¿le han dicho que necesita tomar un antibiótico antes de sus citas dentales?

Sí

No

2. ¿Está tomando actualmente o alguna vez ha tomado medicamentos para la densidad ósea?
inhibidores de RANKL o bifosfonatos como Denosumab,

Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast o Evista?

Sí

No

3. ¿Tomas una aspirina diaria?

Sí

No

4. ¿Toma anticoagulantes, como Eliquis, Xarelto, Coumadin,

Wafarin, Plavix, Clopidogrel, Brilinta, Ticagrelor, Effient, Prasugrel?

Sí

No

Nombre _____

Alergias: ¿es alérgico o ha tenido una reacción a:

Aspirina	Sí	No	Antiinflamatorios	Sí	No
Codeína	Sí	No	Alergia a los frutos secos	Sí	No
Ibuprofeno	Sí	No	Penicilina	Sí	No
Yodo	Sí	No	Amoxicilina	Sí	No
Látex	Sí	No	Tinte rojo	Sí	No
Anestesia local (dental)	Sí	No	Sulfa	Sí	No
Metales	Sí	No	Alimentos	Sí	No

Otro: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?		Cáncer	Sí	No	
SIDA/VIH	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué tipo: _____		
Transtorno por déficit de atención	Sí	No	¿Cuándo (fecha) _____		
Autismo	Sí	No	Tratamiento con radiación	Sí	No
Síndrome de Asperger	Sí	No	Quimioterapia	Sí	No
Alzheimers	Sí	No	Leucemia	Sí	No
Demencia	Sí	No	Tumores	Sí	No
Anemia	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué type _____		
Anafilaxis	Sí	No	¿Cuándo (fecha) _____		

Que lo causa: _____

		Corazón/Accidente cerebrovascular			
Ansiedad	Sí	No	Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No
Artritis	Sí	No	Cardiopatías congénitas	Sí	No
Asma	Sí	No	Infarto	Sí	No
Problemas de espalda	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha) _____		
Enfermedad Pulmonar	Sí	No	Cirugía Cardíaca	Sí	No
Enfisema	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué type _____		
Tuberculosis (TB)	Sí	No	¿Cuándo (fecha) _____		
Epilepsia	Sí	No	Marcapasos cardíaco	Sí	No
Trastornos gastrointestinales	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha) _____		
Úlceras estomacales	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No
Glaucoma	Sí	No	Prolapso de la válvula mitral (MVP)	Sí	No
Cefaleas	Sí	No	Válvulas cardíacas artificial	Sí	No
Audición	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No	Angina	Sí	No
Presión arterial baja	Sí	No	AFIB	Sí	No
Osteoporosis	Sí	No	Derrame cerebral	Sí	No
Osteopenia	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha) _____		
Parkinsons	Sí	No			
Enfermedades de transmisión sexual	Sí	No			
Enfermedad de células falciformes	Sí	No			
Rasgo de células falciformes	Sí	No	¿Usted fuma?	Sí	No
Apnea del sueño	Sí	No	¿Vapeas?	Sí	No
Utiliza la máquina CPAP	Sí	No	¿Masticas tabaco?	Sí	No
Enfermedad de la tiroides	Sí	No			

Información del seguro

Estado del empleo: Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Retirado _____

Estado civil: Casado _____ Divorciado _____ Viuda _____ Soltero _____
Seperados _____

Responsable para su cuenta: Propio _____ Padre _____ Madre _____ Cónyuge _____
Otro _____

Responsable (si no es paciente) Nombre _____
Primero Inicial Seg. Nombre Apellido

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Dirección Ciudad Estado Codigo

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Dirección Ciudad Estado Codigo

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección del seguro _____
Dirección Ciudad Estado Codigo

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Suscriptor Género Masculino _____ Mujer _____ Otro _____

ID de suscriptor _____ Número de grupo _____

Dirección del suscriptor _____
Dirección Ciudad Estado Codigo

SEGURO SEGUNDO (Si existe)

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección del seguro _____
Dirección Ciudad Estado Codigo

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Suscriptor Género Masculino _____ Mujer _____ Otro _____

ID de suscriptor _____ Número de grupo _____

Dirección del suscriptor _____
Dirección Ciudad Estado Codigo



NOTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICADORA

Nombre del paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma que, con su firma, ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Autorizo al consultorio profesional de mi dentista mencionado anteriormente para divulgar información de salud que me identifique [incluyendo, si corresponde, información sobre infección por VIH o SIDA, información sobre tratamiento de abuso de sustancias e información sobre servicios de salud mental] bajo los siguientes términos y condiciones:

1. Su (s) compañía (s) de seguros, terceros pagadores, otros proveedores de atención médica y personas que usted indique que tienen acceso a su cita, cuenta o información de tratamiento clínico.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar citas? SI NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SI NO

2. El propósito de la liberación es a pedido de la persona.

3. No hay fecha de vencimiento para esta autorización a menos que el paciente lo solicite específicamente.

Es completamente su decisión si firma o no este formulario de autorización. No podemos negarnos a tratarlo si elige no firmar esta autorización. Si está cubierto por un plan de seguro dental, se le solicitará que presente sus propios reclamos de seguro ya que esta oficina no podrá divulgarles ninguna información.

Si firma esta autorización, puede revocarla más tarde. La única excepción a su derecho de revocación es si ya hemos actuado de conformidad con la autorización. Si desea revocar su autorización, envíenos una nota escrita o electrónica informándonos que se revocó su autorización. Envíe esta nota a la oficina que figura en la parte superior de este formulario.

Cuando se divulga su información de salud según lo dispuesto en esta autorización, el destinatario a menudo no tiene la obligación legal de proteger su confidencialidad. En muchos casos, el destinatario puede volver a divulgar la información como lo desee. A veces, la ley estatal o federal cambia esta posibilidad.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD COMO SE DESCRIBE EN ESTE FORMULARIO.

Firma del PACIENTE o Tutor _____ fecha _____

Si está firmando como representante personal o tutor del paciente, describa su relación con el paciente y / o la fuente de su autoridad para firmar este formulario (es decir, padre, POA, etc.):

Nombre Impreso _____

Fuente De Autoridad _____

Si hay alguien a quien le gustaría tener acceso a la información de su cuenta o cita (incluido su cónyuge), indique su información a continuación:

Nombre, relación y número de teléfono de aquellos que pueden tener acceso a mi cita, cuenta e información de tratamiento clínico:



I DECLINE TO SIGN THIS FORM

Office Use Only

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement, but did not because:

It was emergency treatment _____

I could not communicate with the patient _____

The patient refused to sign _____

The patient was unable to sign because _____

Other (please describe) _____

Officer _____

Signature of Privacy



Política De Cancelación De Citas

Para ser respetuoso con las necesidades dentales de otros pacientes, sea cortés y llame a nuestra oficina de inmediato si no puede asistir a una cita. Nuestros mensajes se revisan durante todo el día, incluso los fines de semana. Requerimos al menos un aviso de 24 horas para cualquier cita cancelada sin que se le cobre una tarifa de cancelación tardía de \$ 40. La tarifa se le cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe pagarse en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente.

Las cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación se conocen como citas rotas. Por lo general, no podemos volver a llenar estas citas a corto plazo. Las citas tienen una gran demanda. Las cancelaciones anticipadas le dan a nuestro personal suficiente tiempo para llenar la cita que se estaba celebrando para usted.

Los pacientes pueden ser despedidos de la práctica después de 3 citas interrumpidas.

Debido a la gran demanda de nuestras citas vespertinas y los sábados, hemos implementado una política específica para ellos. Si un paciente no se presenta / cancela a última hora para una cita vespertina o sabatina, NO será reprogramado para otra cita vespertina o sabatina. El paciente tendrá la opción de ser colocado en una lista corta de llamadas. Esta es una lista de pacientes para llamar cuando un Se abre la cita "en el último minuto". No hay garantía de que los pacientes serán retirados de la lista de llamadas cortas.

Entendemos que puede haber momentos en los que ocurra una emergencia imprevista, y es posible que no pueda cumplir con su cita programada. Esto se tendrá en cuenta al evaluar el cargo por cancelación tardía.

He leído y acepto la política anterior.

Nombre del paciente (impreso): _____

Firma _____

Relación con la/el paciente _____

Fecha _____



Política Financiera Y Acuerdo

Para mantener nuestros costos de facturación y, en última instancia, nuestros precios bajo control, se requiere el pago de todos los servicios dentales el día en que se prestan los servicios. Se espera que las personas con seguro dental paguen su copago y deducibles estimados el mismo día que se prestan los servicios. También ofrecemos CARECREDIT, que es una opción de financiamiento / plan de pago extendido que está disponible solo para gastos de atención médica. Los estados de cuenta mensuales se enviarán por correo a todos los pacientes con saldos pendientes. Las cuentas que tienen una morosidad de 90 días incurrirán en un cargo financiero del 15% annual.

Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Discover, Mastercard y American Express.

Se aplicará un cargo por cheque de devolución de \$ 40.00 a su cuenta, si corresponde.

Información Del Seguro:

Si tiene seguro dental, como cortesía para nuestros pacientes, nos comunicaremos con su compañía de seguros o empleador para obtener un desglose de su plan de beneficios. También enviaremos cualquier reclamo a su compañía de seguros de forma gratuita. Deberá presentarnos su tarjeta de seguro en su primera visita de cada año calendario para asegurarse de que toda la información en el archivo sea correcta. Esto nos permitirá ayudarlo a maximizar sus beneficios dentales.

Intentaremos cobrar el pago de su compañía de seguros hasta tres meses después de que se realizó el tratamiento. A partir del cuarto mes, le pediremos su ayuda. Usted es la persona que paga las primas y, a veces, usted o su empleador tienen que exigir acciones de la compañía de seguros.

Si después de seis meses, su compañía de seguros no liquida la factura, se convierte en responsabilidad del paciente. Se espera que pague su saldo y luego reciba un reembolso directamente de su compañía de seguros.

Todos nuestros médicos diagnosticarán el tratamiento en función de su salud dental, NO de su cobertura de seguro.

Planes De Tratamiento

Como cortesía para nuestros pacientes, les proporcionaremos un plan de tratamiento detallado en su cita. Estos planes incluirán qué tratamiento ha recomendado el Doctor y los honorarios asociados con ese tratamiento. Si tiene un seguro dental, esto incluirá nuestra tarifa, qué seguro se estima que cubre y cuáles son sus gastos de bolsillo. Calculamos esta estimación a partir de la información que nos proporciona su seguro dental de su plan de beneficios. La parte estimada que no está cubierta por su seguro será pagadera al momento del servicio. Esta cantidad es solo una estimación y podría terminar siendo mayor o menor de lo que se estimó originalmente. También puede haber casos en los que su seguro no cubrirá ninguna parte del tratamiento recomendado. En esta situación, será responsabilidad del paciente pagar las tarifas de tratamiento.

He leído y acepto la política anterior.

Nombre del paciente (impreso): _____

Fecha _____

Firma _____

Relación con la/el paciente _____