



FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

¿Cómo se enteró de nosotros? Búsqueda en Internet Redes sociales Correo Seguro Amigo (Nombre) _____

Nombre del paciente _____ N.º de Soc Sec _____
Apellido Primer nombre inicial del segundo nombre

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

Sexo M F Fecha de nacimiento _____ Empleador _____

Nombre y número de contacto de emergencia _____

COBERTURA DE SEGURO DENTAL PRIMARIA

Suscriptor principal _____ Relación con el paciente _____
Apellido Primer nombre inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ N.º de Soc Sec _____ N.º de Teléfono _____

Suscriptor principal Empleador _____ Compañía de seguro _____

N.º de grupo _____ N.º de identificación de suscriptor/miembro _____

COBERTURA DE SEGURO DENTAL SUPLEMENTARIO

Suscriptor suplementario _____ Relación con el paciente _____
Apellido Primer nombre inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____ N.º de teléfono _____

Empleador del suscriptor suplementario _____ Compañía de seguros _____

N.º de grupo _____ N.º de identificación del suscriptor/miembro _____

HISTORIA CLÍNICA

¿Está tomando algún medicamento, píldora, droga o sustancia controlada? S N En caso afirmativo: _____

¿Está tomando anticoagulantes: Plavix, Coumadin, Warfarina o Xarelto? S N En caso afirmativo: _____

¿Alguna vez ha tomado: Actonel, Boniva, Fosamax, o cualquier otro medicamento conteniendo bisfosfonatos? S N En caso afirmativo: _____

¿Le han pedido que tome algún pre-medicamento con antibióticos debido a condiciones cardíacas o articulaciones artificiales? S N En caso afirmativo: _____

¿Usa tabaco? S N

¿Se ha atendido o se está atendiendo por la presión arterial alta? S N

Mujeres: ¿Está usted...

Embarazada/tratando de quedar embarazada? En caso afirmativo, fecha de nacimiento? _____ Amamanta ¿Toma anticonceptivos orales?

¿Tiene alergia a alguno de los siguientes?

Acetaminofén (Tylenol) Clindamicina Doxiciclina Látex Metal
 Aspirina Codeína Hidrocodona/Oxicodona Anestésicos locales Penicilina (amoxicilina)

¿Otras alergias? S N En caso afirmativo: _____

Marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA/VIH positivo Cáncer Desmayo Hepatitis Enfermedad hepática
 Anafilaxia Quimioterapia Glaucoma Herpes/herpes labial Marcapasos
 Válvula cardíaca artificial EPOC Soplo cardíaco Dolor de mandíbula Tratamiento de radiación
 Asma Diabetes Problemas cardíacos: _____ Enfermedad renal Accidente cerebrovascular
 Enfermedad de la sangre Epilepsia Hemofilia/sangrado anormal Leucemia Úlcera/Colitis

Otro/Comentarios:

AUTORIZACIÓN

He revisado la información de este cuestionario, y es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista/higienista para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado y saludable. Si hay algún cambio en mi estado médico, informaré al dentista/higienista.

Firma del paciente/tutor

Fecha



CONSENTIMIENTO

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de prácticas de privacidad de Open and Affordable Dental está publicado en la sala de espera de la oficina y en nuestro sitio web. Copias impresas también están disponibles para todos los pacientes. De acuerdo con la Ley de Privacidad HIPAA, todos los pacientes deben reconocer el recibo del Aviso de Políticas de Privacidad. Al firmar este formulario, reconozco haber recibido las Políticas del Open and Affordable Dental y el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información sobre los usos y divulgaciones de cualquier información de salud personal, y se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso. Entiendo que los términos del Aviso pueden cambiar y que recibiré un aviso revisado si se producen cambios. Entiendo que puedo solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de información con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención dental. Entiendo que Open and Affordable Dental no está obligado a aceptar tales solicitudes, pero si aceptan, esas restricciones son vinculantes para Open and Affordable Dental.

CONSENTIMIENTO

Autorizo a los dentistas e higienistas de Open and Affordable Dental a examinar, tomar radiografías, estudiar modelos, fotografías y/o cualquier otra ayuda de diagnóstico que se considere apropiada y necesaria, realizar el tratamiento, también la terapia que puedan estar indicados en relación con mi (o la de mi hijo) cuidado dental. Entiendo que el uso de agentes anestésicos tiene ciertos riesgos médicos.

PROGRAMACIÓN

Autorizo a Open and Affordable Dental a dejar un mensaje de voz, enviar un correo electrónico y/o enviar un mensaje de texto al teléfono/correo electrónico proporcionado en el Formulario de nuevo paciente con el fin de programar citas y recordatorios.

Firma del paciente/tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO FINANCIERO

PARA PAGAR EL TRATAMIENTO

Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios dentales prestados en este consultorio (ya sea que el seguro o el tercer pagador estén involucrados o no) y que el pago se debe en el momento en que se prestan los servicios. Si no pago el saldo total, o si el seguro no paga después de 60 días, se agregará un cargo de facturación o intereses a mi cuenta. El cargo de facturación se acumulará a una tasa del 1,5 % mensual, que es una tasa de porcentaje anual del 18 % (o un cargo mínimo de \$5,00). En caso de incumplimiento de pago, acepto pagar todos y cada uno de los costos para cobrar esta cuenta, incluidos, entre otros, los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales. También entiendo que la política de la oficina requiere un aviso mínimo de un día hábil para todas las citas canceladas o reprogramadas. Si esto no es posible, se puede cargar a mi cuenta un cargo de \$40.00 que no es reembolsable por el seguro.

ACUERDO DE PAGO POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios dentales prestados en este consultorio (ya sea que el seguro o el tercero pagador estén involucrados o no) y que el pago se debe en el momento en que se prestan esos servicios. Si elijo recibir un(os) procedimiento(s) o tratamiento(s) no cubierto(s), el pago por ese(s) servicio(s) serán automáticamente mi responsabilidad. Los servicios no cubiertos incluyen servicios que no están cubiertos por mi compañía de seguros, servicios prestados en exceso de mi beneficio máximo anual o servicios que han sido negados mediante autorización previa.

SEGURO

Como cortesía a nuestros pacientes, prepararemos y enviaremos sus formularios de seguro para reembolso. No podemos obtener el pago a menos que nos proporcione toda la información necesaria según lo solicitado anteriormente. Además, comprenda que su seguro es un contrato entre usted/su empleador y la compañía de seguros. De ninguna manera podemos garantizar los beneficios o el pago de su proveedor, ni podemos conocer los detalles de cada plan individual. Es su responsabilidad conocer los términos y limitaciones de su plan de seguro.

Lea y comprenda que al firmar, acepta lo siguiente:

- Autorizo que mi póliza de seguro le pague directamente al médico todos los beneficios del seguro que de otro modo me serían pagados a mi.
- Autorizo al médico a divulgar cualquier información, incluyendo, entre otros, registros de tratamiento o examen, identificación de la persona, radiografías, historial médico, etc. a mi compañía de seguros según lo solicite.
- Las estimaciones proporcionadas con respecto a las tarifas de tratamiento son sólo estimaciones aproximadas basadas en la información limitada que tenemos sobre su plan.

Firma del paciente/tutor

Fecha