

OPEN & AFFORDABLE DENTAL BRACES

FORMULÁRIO DO PACIENTE NOVO

Como você ficou sabendo sobre nós? Pesquisa na Internet Redes sociais Mailer Seguro Amigo (Nome) _____

Nome do Paciente _____ N° do Soc Sec _____
Sobrenome Primeiro nome Nome do Meio

Endereço _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone celular _____ Email _____

Sexo M F Data de Nascimento _____ Empregador _____

Nome e Número do Contato de Emergência _____

SEGURO PRIMÁRIO DENTAL

Assinante Principal _____ Relação com o Paciente _____
Sobrenome Primeiro nome Nome do Meio

Data de nascimento _____ N° do Soc Sec _____ N° do Telefone _____

Empregador do Assinante Principal _____ Companhia de Seguros _____

N° do Grupo _____ Assinante/ID do Membro _____

SEGURO SECUNDÁRIO DENTAL

Assinante Suplementar _____ Relação com o Paciente _____
Sobrenome Primeiro nome Nome do Meio

Data de Nascimento _____ N° Soc Sec _____ N° do Telefone _____

Assinante Suplementar Empregador _____ Companhia de Seguros _____

N° do Grupo _____ Assinante/ID do Membro _____

HISTÓRICO MÉDICO

Você está tomando algum medicamento, pílulas, drogas, ou substâncias controladas? S N Se sim: _____

Você está tomando anticoagulantes: Plavix, Coumadin, Warfarin ou Xarelto? S N Se sim: _____

Você já tomou: Actonel, Boniva, Fosamax ou qualquer outro medicamento contendo bifosfonatos? S N Se sim: _____

Você foi solicitado a tomar algum antibiótico pré devido a problemas cardíacos ou articulações artificiais? S N Se sim: _____

Você usa tabaco? S N

Você tem ou está sendo tratado para pressão alta? S N

Mulheres: Você está...

Grávida/Tentando engravidar? Se sim, data do parto _____ Amamentando? Toma anticoncepcional oral?

Você é alérgico a algum dos seguintes?

Acetaminofeno (Tylenol) Clindamicina Doxiciclina Látex Metal
 Aspirina Codeína Hidrocodona/Oxicodona Anestésicos Locais Penicilina (Amoxicilina)

Outras alergias? S N Se sim: _____

Verifique se você tem ou teve algum dos seguintes:

AIDS/HIV positivo Câncer Desmaio Hepatite Doença hepática
 Anafilaxia Quimioterapia Glaucoma Herpes/Aftas Marcapasso
 Válvula cardíaca artificial DPOC Sopro cardíaco Dor na mandíbula Tratamento com radiação
 Asma Diabetes Problemas cardíacos: _____ Doença renal AVC
 Doença do sangue Epilepsia Hemofilia/Sangramento anormal Leucemia Úlcera/colite

Outros/Comentários:

AUTORIZAÇÃO

Eu revisei as informações contidas neste questionário, e são verdadeiros tanto quanto é do meu conhecimento. Entendo que esta informação será usada pelo dentista/higienista para ajudar a determinar o tratamento odontológico adequado e saudável. Se houver alguma alteração no meu estado médico, informarei o dentista/higienista.

Assinatura do paciente/responsável

Data

OPEN & AFFORDABLE DENTAL BRACES

CONSENTIMENTO DE HIPAA

PRÁTICAS DE PRIVACIDADE E RECONHECIMENTO

O Aviso de Práticas de Privacidade Odontológica e acessível é publicado na sala de espera do consultório e em nosso site. Cópias impressas também estão disponíveis para todos os pacientes. De acordo com o ato de privacidade da HIPAA, todos os pacientes são obrigados a acusar o recebimento do Aviso de Políticas de Privacidade. Ao assinar este formulário, confirmo o recebimento de Políticas de consultório odontológico aberto e acessível e Aviso de práticas de privacidade. Entendo que o Aviso de Práticas de Privacidade contém informações sobre os usos e divulgações de qualquer informação pessoal de saúde e tive a oportunidade de revisar o Aviso. Entendo que os termos do Aviso podem mudar e que receberei um aviso revisado se ocorrerem alterações. Entendo que posso solicitar restrições aos usos e divulgações de informações para fins de tratamento, pagamento ou operações de atendimento odontológico. Eu entendo que a Open and Affordable Dental não é obrigada a concordar com tais solicitações, mas se concordarem, essas restrições são vinculativas para a Open and Affordable Dental.

CONSENTIMENTO

Autorizo os dentistas e higienistas da Open and Affordable a examinar, tirar radiografias, modelos de estudo, fotografias e/ou quaisquer outros auxílios diagnósticos considerados apropriados e necessários, e realizar o tratamento e a terapia que possam ser indicados em relação ao meu (ou do meu filho) cuidado dental. Também entendo que o uso de agentes anestésicos envolve certos riscos médicos.

AGENDAMENTO

Autorizo a Open and Affordable Dental a deixar uma mensagem de voz, enviar um e-mail e/ou enviar uma mensagem de texto para o telefone/e-mail fornecido no Formulário de Novo Paciente para fins de agendamento de consultas e lembretes.

Assinatura do paciente/responsável

Data

CONSENTIMENTO FINANCEIRO

PARA PAGAMENTO DO TRATAMENTO

Compreendo que sou responsável pelo pagamento de todos os serviços odontológicos prestados neste consultório (esteja envolvido ou não seguro ou terceiro pagador) e que o pagamento é devido no momento em que os serviços são prestados. Se eu não pagar todo o saldo, ou se o seguro não for pago após 60 dias, uma cobrança de cobrança ou juros serão adicionados à minha conta. A taxa de cobrança será acumulada à taxa de 1,5% ao mês, que é uma taxa percentual anual de 18% (ou uma taxa mínima de US\$5,00). Em caso de falta de pagamento, concordo em pagar todos e quaisquer custos na cobrança desta conta, incluindo, entre outros, honorários advocatícios razoáveis e custas judiciais. Eu também entendo que a política do escritório é exigir um aviso mínimo de um dia útil para todos os compromissos cancelados/reagendados. Se isso não for possível, uma taxa de US\$40,00 que não é reembolsável pelo seguro pode ser cobrada em minha conta.

ACORDO DE PAGAMENTO POR SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Compreendo que sou responsável pelo pagamento de todos os serviços odontológicos prestados neste consultório (esteja envolvido ou não seguro ou terceiro pagador) e que o pagamento é devido no momento em que esses serviços são prestados. Se eu optar por receber um pagamento de procedimento(s) ou tratamento(s) não coberto(s) por esse(s) serviço(s) será, em última análise, minha responsabilidade. Serviços não cobertos incluem serviços que não são cobertos pela minha seguradora, serviços prestados além do meu benefício máximo anual ou serviços que foram negados por meio de autorização prévia.

SEGURO

Como cortesia aos nossos pacientes, prepararemos e enviaremos seus formulários de seguro para reembolso. Não podemos obter o pagamento a menos que você nos forneça todas as informações necessárias, conforme solicitado acima. Além disso, entenda que seu seguro é um contrato entre você/seu empregador e a companhia de seguros. Não podemos de forma alguma garantir benefícios ou pagamento de sua operadora, nem podemos conhecer as especificidades de cada plano individual. É sua responsabilidade conhecer os termos e limitações do seu plano de seguro.

Por favor, leia e entenda que, ao assinar, você concorda com o seguinte:

- Autorizo meu seguro a pagar diretamente ao médico todos os benefícios do seguro que me seriam devidos.
- Autorizo o médico a liberar qualquer informação, incluindo, mas não se limitando a, registros de tratamento ou exame, identificação pessoal, raios-x, histórico médico, etc. para minha companhia de seguros, conforme solicitado.
- Quaisquer estimativas fornecidas em relação às taxas de tratamento são apenas estimativas aproximadas com base nas informações limitadas que temos sobre o seu plano.

Assinatura do paciente/responsável

Data