



Registro de paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS # _____ hombres _____ Mujeres _____

Estado civil: _____ Single _____ Casado _____ separados _____ divorciado _____ Viudos

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____ Home # _____ Celda # _____

Trabajo # _____

Email _____

forma prefiere ser contactado: _____ Text _____ Email _____ Llamada Telefónica

¿Es usted un estudiante universitario: _____ Full Time _____

Tiempo Parcial College Nombre: _____

Si el paciente es un menor, quien es legalmente responsable? _____

Relación _____ Celda # _____

En caso de emergencia, a quién deberíamos contactar? _____

De Emergencia _____ Relación: _____

que damos las gracias por su referencia:

¿Cómo te enteraste de nosotros?: _____ Internet _____ Flyer _____ comunidad de eventos _____ Otro

Seguro información:

¿Tiene seguro para nosotros a bill para usted hoy: _____ Sí _____ Ningún

empleador del suscriptor: _____

Nombre de seguro de co: _____ Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS# _____

Suscriptores ID # _____ Relación al suscriptor: _____

¿Tiene el paciente un seguro secundario? _____ Sí _____ Ningún

empleador del suscriptor: _____

Nombre de seguro de co: _____ Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS# _____

Suscriptores ID # _____ Relación al suscriptor: _____

** autorizo el pago de los beneficios del seguro dental y autorizar la liberación de información dental a mi compañía de seguros para que las reclamaciones sean procesados. He recibido y firmado la política financiera.

Paciente o tutor Firma Fecha

está bajo tratamiento médico ahora? Yo así, sírvase explicar _____
 médico tratante: _____ Teléfono # _____

¿Alguna vez has sido hospitalizados por cualquier cirugía o enfermedades graves? Sí No

No te has tomado alguna droga bisfosfonato como Fosamax y Actonel, Boniva, o Reclast? Sí No
 haces Fen-Phen (fentermina) sí No necesita de premédica Sí No

CONDICIONES MÉDICAS Ataque cardíaco y cirugía de _____/hepatitis ictericia artritis

soplo cardíaco Enfermedad renal Diabetes glaucoma enfermedad cardíaca

/Marcapasos desmayos dolores de pecho problemas tiroideos epilepsia o convulsiones

alta/baja presión sanguínea problemas estomacales el VIH/SIDA

la fiebre reumática/leucemia Anemia/trastorno sanguíneo Trazo Herpes Simplex I o II abuso de alcohol/drogas Tuberculosis Cáncer la radiación/Quimioterapia

/Respiratoria Asma Fiebre del heno o las alergias Otro usuario de tabaco, sírvase explicar _____

Artroplastia total/parcial en caso afirmativo, ¿cuándo? _____

sólo mujeres: ¿estás embarazada? Sí No están tomando el control de la natalidad? Sí No

lista de alergias a medicamentos aspirina/Ibuprofeno penicilina Sulfa codeína sedante

Yodo látex anestésico local Otro _____

historial dental del paciente

cuando fue su última visita dental ? _____ Cuáles eran visto? _____

Nombre del dentista anterior? _____

Historial Dental: ¿Qué le gustaría mejorar?

¿Tiene dolor/malestar como esta vez? Sí No Blanquear

Has tenido algún problema con su quijada? Sí No Enderezar

¿le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? Sí No cerrar espacios

¿te aprietan o rechinar los dientes? Sí No sustituir las obturaciones de plata

son ustedes conscientes de los grumos en la boca? Sí No chip Reparación dientes

Dolores de oído, dolores de cabeza dolor de cuello? Sí No sustituir dientes

dientes u obturaciones romper? Sí No sustituir las antiguas Coronas

Mal aliento o mal sabor? Sí No

¿Alguna vez has tenido una mala experiencia en un consultorio dental en el pasado? Sí No

¿Tiene alguna de las siguientes opciones?

¿Llevar dentadura parcial o retención? Sí No

¿tienes las llaves? Sí No

¿Tiene una enfermedad de las encías (Periodontal)? Sí No

**** Certifico que he leído y entendido la información anterior. Al mejor de mi conocimiento, las anteriores preguntas han sido contestadas con precisión. Tengo entendido que el suministro de información incorrecta puede ser perjudicial para la salud.**

 Paciente /Tutor Firma Fecha



La política financiera

Gracias por elegir Dental de lujo como su proveedor de cuidado dental!

Nuestro profesional equipo dental se compromete a ofrecer un excelente cuidado dental en un ambiente agradable y confortable. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento.

El pago completo es debido en el momento del servicio, a menos que otros arreglos han sido realizados. Aceptamos efectivo, cheque, tarjeta de débito, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Carecredit. Intereses sobre saldo impago más allá de 90 días será aplicada la tasa del 1,5% mensual (18% anual).

Si bien aceptamos la cesión de beneficios de seguro, su porción de cada servicio es debido en el momento en que se presten los servicios. Esto puede basarse en una estimación del pago del seguro, no una garantía de pago. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. No obstante, presentar las reclamaciones dentales como una cortesía a nuestros pacientes y haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarle a comprender y aplicar sus beneficios dentales. No podemos garantizar los pagos de seguros o importes de pago. Todos los tratamientos se realizan estimaciones basadas en la información de su compañía de seguros y son sólo estimaciones. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 90 días a partir de la facturación, necesitaremos el saldo a pagar directamente por usted a través de dinero en efectivo, cheques, tarjetas de débito o crédito.

Plan de tratamiento se crean basándose en los hallazgos clínicos durante su examen de diagnóstico y están sujetos a cambios basados en la necesidad clínica y/o nuestro esquema de tratamiento.

Nuestra política es cobrar por citas perdidas o citas que no se cancela menos de 24 horas de antelación al precio de \$25.00 por cita. Por favor, que nos ayude a servirle mejor manteniendo las citas programadas.

Volver cheques están sujetas a un cargo adicional de \$25.00.

Saldos pendientes de pago están sujetos a la acción por parte de una agencia de cobranza.

La firma en el expediente

de la firma a continuación, doy mi permiso para Dental Deluxe para liberar la información necesaria sobre mi tratamiento por compañía de seguros(s) y asignar los pagos directamente a beneficio dental Dental de lujo. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra política financiera, póngase en contacto con un miembro de nuestro equipo dental.

Entiendo Y ESTOY DE ACUERDO EN CUMPLIR CON ESTA POLÍTICA FINANCIERA.

Imprimir nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____



Hipaa

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
puede negarse a firmar este reconocimiento**

(por favor inicial de uno de los siguientes)

**** he recibido una copia de esta oficina de Aviso de Prácticas de privacidad _____**

**** he examinado el aviso de prácticas de privacidad, pero decliné mi copia _____**

Imprimir Nombre:

Firma:

Fecha:

Relación con paciente:

**hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, pero
no se pudo obtener confirmación:**

Individual porque se negó a firmar

**las barreras de comunicación prohibida la obtención de reconocimiento de
una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento de
otros (especifique)**



Aviso de prácticas de privacidad Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada. También se explica cómo obtener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado. La información sobre la salud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) requiere que todos los registros de salud y otra información de salud identificable individualmente utilizado o divulgado a nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel, o verbalmente, se mantengan confidenciales. Esta ley federal le proporcionan a usted, el paciente, nuevos derechos importantes para comprender y controlar cómo se utiliza su información de la salud. HIPAA prevé penas para entidades cubiertas que hagan mal uso de la información personal. Como es requerido por la HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la confidencialidad de la información de salud y cómo podemos usar y revelar su información de salud. Sin autorización específica por escrito, se nos permite utilizar y divulgar sus registros de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención de la salud y servicios conexos por uno o más proveedores de cuidado de salud. Por ejemplo, es posible que necesitemos compartir la información con otros proveedores o especialistas involucrados en la continuación de su cuidado. Medios de pago de actividades tales como la obtención de los reembolsos por servicios, confirmando la cobertura, facturación o actividades de recolección y utilización comentarios. Por ejemplo, hemos divulgado información de tratamiento cuando la facturación seguro para su tratamiento. Salud Operations incluye los aspectos de negocio dirigiendo nuestra práctica. Por ejemplo, la información del paciente puede ser utilizado para propósitos de entrenamiento, o la evaluación de la calidad. A menos que usted solicite lo contrario, podemos usar o revelar información de salud a un familiar, amigo u otro representante personal en la medida necesaria para ayudar con el cuidado de su salud o con el pago de su atención médica. Además, podemos utilizar su información confidencial para que le recuerde las citas mediante el envío de postales y/o dejando mensajes en casa/trabajo. Cualquier otro uso divulgaciones serán hechos solamente con su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización y estamos obligados a honrar y cumplir con esa petición por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado acciones contando con su autorización. Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información protegida de la salud, que puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito a nuestra Oficina de Privacidad en la práctica la dirección listada abajo. El derecho solicitado restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas las relativas a las revelaciones a miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con una restricción, debemos acatar a menos que acuerden por escrito para extraerlo. El derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de la salud de nosotros por alternativos o en lugares alternativos. El derecho a acceder, inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida. El derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información de salud protegida fuera de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El derecho a obtener una copia en papel de esta notificación previa solicitud. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de la salud. Este aviso es efectivo a partir del 15 de abril de 2003, y estamos obligados a regirnos por los términos de este Aviso de Prácticas de privacidad en vigor actualmente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer las provisiones nuevas efectivas para toda la información protegida de la salud que mantenemos. Revisiones de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad será publicado en la fecha efectiva y usted puede solicitar una copia escrita de la revisa el aviso de esta oficina. Usted tiene derecho a presentar una queja formal por escrito con nosotros en la siguiente dirección, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, en el caso de que usted sienta que su derecho de privacidad han sido violados. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con: Para obtener más información acerca de la HIPAA o para presentar una queja: Aaron G Orme, DDS US El Departamento de Salud y Servicios Humanos de 3118 W Milano Drive Oficina de Derechos Civiles Meridian ID 83646 200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201 (877) 696-6775 (llamada gratuita)