

Información del Paciente

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Licencia de Conducir _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____

Número Celular _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Hombre Mujer Prefiero no responder

Niño/a Soltero/a Casado/a Viudo/a

Persona a Contactar en caso de una Emergencia:

Nombre _____

Número _____

Número de Seguro Social _____

Empleador _____

Número del Trabajo _____

Dirección del Empleador _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Cónyuge o Padres _____

Fecha de Nacimiento _____

Quien lo refirió al DCOF?

Events Ubicación Sitio Web Comercial

Radio Autobus Familia/Amigo

Persona Responsable

Nombre _____

Relación con el Paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Esta persona es un paciente actual de DCOF? Si No

Teléfono de Casa _____

Número Celular _____

Licencia de Conducir _____

Empleador _____

Número de Trabajo _____

Firma _____

Information del Seguro

Nombre del Asegurado _____

Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Nombre del Empleador _____

Compañía de Seguro _____

Número de Grupo _____

Número del Seguro _____

Seguro Adicional? Si No

Nombre del Asegurado _____

Relación con la Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Empleador _____

Compañía de Seguro _____

Número de Seguro Social _____

Número de Grupo _____

Número del Seguro _____

Polizas

Gracias por elegir a Dental Center of Florence como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a brindarle atención dental de la más alta calidad. Este formulario reemplaza cualquier polizas financiera/de nombramiento anterior.

SEGUROS: Si tiene seguro dental, traiga la información actual de su seguro dental a su cita. Notifique a nuestra oficina antes del tratamiento sobre cualquier cambio en su: plan de seguro dental, dirección de casa, números de teléfono, dirección de correo electrónico, etc. Presentaremos sus reclamos de seguro como cortesía hacia usted, ya que su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No negaremos la atención debido a la incertidumbre sobre el estado de participación de los proveedores de Dental Center of Florence con su plan de seguro. Si no somos parte de su plan, su responsabilidad por los honorarios puede ser mayor. Le pedimos que firme este formulario o cualquier otro documento necesario que pueda requerir su compañía de seguros. Este formulario indica a su compañía de seguros que debe realizar el pago directamente a nuestra oficina. También autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con su cuidado y tratamiento (o el de su menor) proporcionado con el fin de evaluar y administrar reclamos de beneficios de seguro. Le pediremos que se comunice con su compañía de seguros si el pago no se ha recibido dentro de los 60 días siguientes a la fecha de presentación. Si su reclamo es rechazado, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento.

PLANES SEGUROS MÚLTIPLES: Si tiene más de un plan de seguro, es su responsabilidad asegurarse de que los planes estén coordinados adecuadamente. Cualquier problema de coordinación de beneficios es responsabilidad del paciente. Si el paciente no resuelve un problema de Coordinación de Beneficios, el saldo pendiente será adeudado y pagadero por el paciente.

ESTIMACIONES DE SEGURO: Por favor comprenda que le proporcionamos una estimación de seguro. Las estimaciones no son una garantía de que su seguro pagará exactamente lo estimado. La cobertura del seguro está sujeta a: limitaciones, frecuencia, exclusiones, restricciones de edad, periodos de carencia y máximos que son de su responsabilidad. Lo pedimos antes o en el momento del servicio.

MENORES: El padre o tutor legal que acompaña al menor, que ha dado su consentimiento para el tratamiento, es responsable del pago total/estimado al momento del servicio. Los consentimientos para el tratamiento y los arreglos de pago con los padres o tutores legales deben realizarse antes de la cita o se podrá negar el tratamiento que no sea de emergencia.

PÓLIZA DE CITA: Se requiere un aviso mínimo de 24 horas para cancelar una cita o reprogramar una cita. Las citas se deben cancelar o reprogramar durante el horario laboral normal de lunes a viernes. No se permiten mensajes de correo de voz. Tenga en cuenta que si no avisa adecuadamente o no se presenta a su visita programada, se le aplicará una tarifa. Esta tarifa deberá pagarse antes de volver a incluirse en el cronograma. Esta tarifa no está cubierta por su seguro y no es reembolsable. Nos reservamos el derecho de liberarlo de nuestra práctica si no se presenta al tratamiento programado.

DEPÓSITO DE CITA: Dependiendo del tipo de cita, es posible que deba realizar un depósito en el momento de programar la cita. El depósito se aplicará al saldo del tratamiento si se presenta al tratamiento programado. Si no se presenta o cancela tarde, estos depósitos no son reembolsables y no se aplicarán a ningún otro tratamiento.

REEMBOLSOS: Cualquier reembolso se realizará en la forma de pago original.

CONSENTIMIENTO: He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados al paciente que se enumera a continuación, a mí o a un menor bajo el cuidado de Dental Center of Florence. Acepto ser responsable de todo lo correspondiente: copagos, deducibles, coaseguros, cargos denegados o expulsiones enumerados en la póliza.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE/PADRE _____

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE _____ **FECHA** _____

Historial Médico

Nombre del Paciente _____
 Nombre del Medico Primario _____
 Número de Telefono del Medico _____ Fecha del Ultimo Examen _____
 Farmacia _____ Número de Farmacia _____
 Lista de todos sus Medicamentos (incluyendo los de venta libre): No Medicamentos

Alguna vez a tomado, o está tomando actualmente algún medicamento para la osteopenia/osteoporosis o enfermedad de huesos
 Si No En caso afirmativo, indique los medicamentos _____

	Si	No
Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumes tabaco/fuma/vapea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene antecedentes de abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estás bajo tratamiento médico ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez ha estado hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estás embarazada o crees que podrías estarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estás amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque para indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Cáncer (Tipo _____)	Hematológico/Linfático	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Úlceras (estómago)
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Fácilmente abollado	Respiratorio
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios
<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Problemas Sinusales
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Ataque	Neurológico	Infecciones Virales
Endocrinología	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> VIH positivo
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> VPH
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> VSH-1
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> Desmayo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica	

Lista todas las alergias:

No alergies

	Si	No
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lidocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista todas las condiciones/detalles/explicaciones _____

Historia Dental

En una escala del 1 al 10, siendo 10 el más alto:

Qué importancia tiene para usted su salud dental?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dónde calificarías tu salud dental actual?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dónde quieres que esté tu salud dental?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Qué te gustaría cambiar en tu sonrisa? (Marca todo lo que corresponda)

Color Morbid Dientes astillados Espacios Apíñamiento Cambio de Imagen de su Sonrisa
 Dientes faltantes Dientes más blancos

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que he leído y comprendido la información anterior según mi entendimiento. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta o incompleta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado durante el período de dicha atención dental, a terceros alcaldes y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o al grupo de beneficios del seguro dental que de otro modo serían pagados a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios realizados a mí o a mis dependientes.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR _____

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Política de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o revelar información de salud protegida.

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

Los términos del aviso pueden cambiar. Si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y revelar su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Ahora estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo.

La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en la publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no es retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgado o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesará toda divulgación completa.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Podemos llamarle, enviarle correos electrónicos o enviarle mensajes de texto para confirmar las citas? Si No

Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su teléfono celular? Si No

Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia? Si No

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Imprima su nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____