

# BIENVENIDO!



## 1. Información del Paciente

El día de hoy: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Separado

Dirección: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono De Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_



## 2. Persona Responsable

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



## 3. Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que la visita de todos sea agradable y educativa. Nos esforzamos por enseñar un cuidado bucal excepcional que te permita tener una hermosa sonrisa que dura toda la vida.

Nombre del dueño de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_



## 4. Seguro Dental Secundario

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_



## 5. Historial Dental

Propósito para la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Dentista anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Lo que fue hecho: \_\_\_\_\_

Última limpieza: \_\_\_\_\_ Con que frecuencia se cepilla: \_\_\_\_\_

Sangrado de las encías?  Sí  No

Algun:  Dientes Sensibles  Dientes Flojos  Empastes Rotos

Dolor en la mandibular  Lesiones en los Dientes  Otro

Explique: \_\_\_\_\_

Experiencia dental desagradable  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido...

Ortodoncia  Tratamiento de Encías  Implantes  Endodoncia

Cirugía Oral  Coronas  Carillas

Está contento con la apariencia de tus dientes?

Sí  No  Color  Posición  Sonrisa

Alguna vez ha tenido Blanqueamiento Dental?  Sí  No

Está interesado en reemplazar algún diente perdido?  Sí  No

Cual método?  Con prótesis dentales  Puentes  Implantes



## 6. Historial Médico

Autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados acordados por mí y a utilizar la medicación y la terapia adecuadas para dicho tratamiento en relación con \_\_\_\_\_ (Iniciales de pacientes). Entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un riesgo para un profesional. Además, autorizo y doy mi consentimiento al médico para que utilice y emplee a dicho asistente según se considere que proporciona el tratamiento recomendado.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

Ha habido un cambio reciente en su historia?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

Actualmente está tomando alguna receta, sin receta

o drogas recreativas?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad grave en los últimos cinco años?  Sí  No

Ha sido tratado ahora o en el pasado con bifosfonatos para la osteoporosis o el cáncer?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

Está embarazada o es probable que pueda estar embarazada en este momento?

Explique: \_\_\_\_\_

Usted?

Fuma Paquetes por día? \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Mastica Tabaco

Bebe Por Semana? \_\_\_\_\_ Por Mes? \_\_\_\_\_

Usa Lentes de Contacto

Toma Suplementos de Hierbas  Toma Píldoras de Dieta

Firma del Paciente o Persona

Fecha

**Círcule si tiene o alguna vez ha tenido:**

S / N Miembro Artificial/Articulación/Cadera

S / N Presión Alta/Baja

S / N Trasplante de Organos

S / N Problemas de Sinusitis

S / N Migrañas

S / N Dolores de Cabeza Frecuentes

S / N Claustrofobia

S / N Válvula Artificial del Corazón

S / N Sangrado Prolongado

S / N Ulceras/Colotis

S / N Fiebre de Heno

S / N Lesión Craneal

S / N Enfermedad Venérea

S / N Prolapso de la Válvula Mitral

S / N Reflujo Acido

S / N Artritis

S / N Epilepsia/Convulsiones

S / N STD

S / N Fiebre Reumática

S / N Terapia de Radiación

S / N Problemas Estomacales

S / N Glaucoma

S / N Mareos/Desmayos

S / N Tratado por SIDA, VIH, ARC

S / N Soplo Cardíaco

Sí  No

S / N Problemas Tiroideos

S / N Dieta usada Droga Fen-Phen

**Por Favor marque cualquier Alergia/Reacciones Adversas:**

S / N Anemia

S / N Penicilina

S / N Tetraciclina

S / N Eritromicina

S / N Sulfa

S / N Anestesia Local

S / N Codeína

S / N Codeína

S / N AINE (Advil/Motrin)

S / N Gluten

S / N Asprin

S / N Valium

S / N Barbitúricos

S / N Diarrea Crónica

S / N Accidente Cerebrovascular TIA

S / N Cirugía de Articulación Cáncer/Quimioterapia

S / N Desorden Sanguíneo

S / N Aumento de la Micción Frecuente

S / N Parálisis de Campanas

S / N Enfermedad del Corazón

S / N Diabetes

S / N Asma

S / N Transpiración Nocturna

S / N Psiquiátrico/Emocional

S / N Infecciones recurrentes

S / N Angina

S / N Problemas de Riñon

S / N Bronquitis

S / N Adicciones

S / N Marcapasos

S / N Problemas de Hígado

S / N Enfisema

S / N Problemas de la TMJ

S / N Falta de Aliento

S / N Hepatitis: A o B o C

S / N Tuberculosis

S / N Pérdida de Peso

Inexplicable

S / N Ulceras en la Boca

S / N Asprin Diariamente

S / N Látex

S / N Yodo

S / N Blanqueador

Otro: \_\_\_\_\_



**Consentimiento del Paciente para recibir Correo, Correo Electrónico y/o Mensajes Telefónicos**

Por favor imprima (Apellido) (Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre)

Estoy de acuerdo en que la práctica puede comunicarse conmigo electronicallt en la siguiente dirección:

Número de Teléfono

Dirección de Correo Electrónico (Imprimir)

Doy mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto relacionados con mi atención médica protegida y otros servicios en el número de teléfono(s) anterior, incluido el número de teléfono móvil proporcionado. Entiendo que el operador de mi red telefónica puede cobrar esas llamadas y que un sistema de marcación automática puede generar dichas llamadas.

**¿Tenemos su permiso para?:**

¿Enviar un recordatorio de cita de retiro a su hogar?  Sí  No

Dejar su cita, facturación o información dental en su Contestador Automático/Correo de Voz/Correo Electrónico:  Sí  No

Doy permiso para compartir citas, facturación o información dental con los nombres de las personas a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente / Padre o Tutor Legal**

**Fecha**

Si es firmado por otro que no sea el paciente, especifique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

Paciente/Padre o Tutor Legal se negó a firmar el formulario

Otro

Firma del Gerente de Oficina

Fecha



## **POLIZA DE CITAS**

### **CONFIRMACIONES**

Todas las citas deben ser confirmadas con *24 horas* de anticipación. Haremos una llamada de cortesía el día antes de su cita. Si no podemos hablar con usted, nos reservamos el derecho de doble reservar su cita con otra.

**POR FAVOR, LLAMENOS POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE CONFIRMAR SU CITA**

### **CANCELACIONES**

Si no puede asistir a una cita dental, llame la oficina dental un día antes de la hora programada para su cita. Esto ayuda a nuestra oficina a llenar el tiempo con alguien que ha estado esperando para recibir atención. Si no cancela una cita, se le cobrará un cargo de **\$30** a su cuenta.

### **CITA PERDIDA**

Si no puede asistir a una cita dental, llame a nuestra oficina para programar una nueva. Si no cancela una cita o cancela con menos de *24 horas*, se le cobrará un cargo de **\$30** a su cuenta. Si no asiste dos veces, ya no programaremos ninguna de sus citas y es posible que lo vean en un espacio disponible solamente.

### **LLEGADAS TARDE**

Si llega a su cita más de *15 minutos* tarde, existe la posibilidad de que no podamos acompañarlo, y es posible que tenga que reprogramar su cita.

**He leído y entendido las pólizas mencionadas.**

**Firma del Paciente**

**Fecha**



### Comprensión de Sus Beneficios de Seguro y Responsabilidades Financieras

Hemos preparado esta carta para ayudarlo a comprender mejor las complejidades del seguro dental; Nos damos cuenta de lo confuso que puede ser. En primer lugar, nos gustaría resaltar un error común que la mayoría de los pacientes tienen. El seguro dental NO está diseñado para cubrir todos los costos de su red dental. La mayoría de los contratos tienen diversos límites y/o diversos grados de copago; que se espera en el momento en que se prestan los servicios.

Todos los niveles de pago de las compañías de seguros, incluidas las tarifas permitidas, conocidas como habituales y habituales (UCR), se rigen por las primas pagadas. No hay afiliación con los cargos reales. Nuestras tarifas se basan en una combinación de nuestros costos, nuestro tiempo y nuestra dedicación constante a nuestros pacientes, con la más alta calidad de atención dental. El tratamiento recomendado por nuestra oficina nunca se basa en lo que cubrirá su compañía de insurmo; su tratamiento no debe ser regido por su contrato de seguro dental.

Sin embargo, debe entenderse que el contrato de seguro dental es entre la compañía de seguros y el paciente, quien finalmente asume la responsabilidad financiera. Le recomendamos a nuestros pacientes que se familiaricen con los beneficios de su plan dental.

Nos complace presentar un reclamo de seguro para usted, pero requerimos una copia de su tarjeta de seguro y verificación en cada cita. También requerimos el número de seguro social del titular de la póliza para fines de presentación de reclamaciones. Si no proporciona la información necesaria para presentar las reclamaciones; Nos reservamos el derecho de facturarle a su costo total. El pago de cualquier copago o servicios no cubiertos se espera en el momento de su visita. Si se presenta una reclamación interna, esperaremos 60 días para el reembolso. Si no recibimos el pago, se le facturará y se espera un pronto pago. Cualquier disputa relacionada con la cobertura debe manejarse entre usted y su compañía de seguros. Haremos todo lo posible para proporcionar a la compañía de seguros la información adecuada para procesar el reclamo.

Esperamos que esta información haya sido de ayuda. Tómese el tiempo para revisar su contrato dental a fondo para que podamos atenderlo mejor. Como siempre, puede sentirse libre de pedir a cualquier miembro de nuestro personal una aclaración sobre los servicios, la facturación y el seguro. Le agradecemos que haya elegido nuestro consultorio dental y nos esforzaremos por obtener los beneficios que merece.

Por favor firme el siguiente formulario. Mantendremos una copia en su archivo y le daremos una copia para sus registros si así lo solicita.

Autorizo el pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos. Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los costos del tratamiento dental para mí y para mis dependientes. Otorgo el derecho al dentista a divulgar mi historial dental/médico y otra información sobre mi tratamiento dental a terceros.

\_\_\_\_\_  
Por Favor Escriba Su Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre/Tutor

**\*\* Si desea mantener una tarjeta de crédito archivada con nosotros por servicios impagos o copagos, pídale al personal el formulario que debe completar y conservar en el archivo. No procesaremos los pagos sin su reconocimiento. Gracias. \*\***



## POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra práctica para atender sus necesidades dentales. Tómese el tiempo para leer lo siguiente, ponga sus *iniciales* en cada sección y *firmes* y ponga la *fecha* en la parte inferior de este formulario.

**Inicial:**

\_\_\_\_\_ El pago completo se debe en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos antes del inicio del tratamiento.

\_\_\_\_\_ Los saldos de seguros son, en última instancia, la obligación del paciente. Archivaremos la mayoría de los seguros primarios sin costo para usted como un cortesía. Sin embargo, los saldos de seguros que no se pagan dentro de los *60 días* pueden ser facturados a usted. Conserve sus estados de cuenta sin cita y haga un seguimiento con su compañía de seguros para garantizar un pago rápido.

\_\_\_\_\_ Es posible que su compañía de seguros **no cubra** parte de su tratamiento. El costo de tales cargos será su responsabilidad.

\_\_\_\_\_ Los servicios principales pueden requerir un depósito igual a al menos la mitad de la porción estimada del paciente en el momento de la cita.

\_\_\_\_\_ Se les pide a los pacientes que confirmen sus citas con al menos *24 horas* de anticipación contactando directamente con nuestra oficina o respondiendo a nuestro contacto de confirmación. La falta de confirmación de su cita puede resultar en un cargo por el tiempo reservado. Se cobrará una tarifa de **\$30** por los cheques devueltos como Fondos No Suficientes (NSF).

\_\_\_\_\_ Los saldos de pacientes que no se pagan durante *30 días* o más pueden incurrir en uno o más de los siguientes cargos:

**Cargos por intereses del 1.5% mensual  
18% de tasas de recaudación APR (hasta el 25% del saldo total)  
Honorarios legales por servicios de cobro.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Presenciado por**



MJ COSMETIC DENTISTRY

---

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He leído, entendido y recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de MJ Cosmetic Dentistry.

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

*Office Use Only*

---

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

	El individuo se negó a firmar el APP
	Barreras de comunicación prohibidas obteniendo el acuse de recibo
	Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
	Otros (especificar):



### **Aviso de Practicas de Privacidad**

**Este aviso es una descripción de como su información de salud puede ser usada y divulgada. También hay información como puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.**

*Deber legal:* La ley federal y estatal nos exige mantener la privacidad de la información general de salud protegida de nuestro paciente. También tenemos la obligación de ver que ha recibido esta Notificación sobre las prácticas de privacidad, los deberes legales de la empresa y sus derechos sobre su información general protegida sobre la salud. Seguiremos las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso tomará acción en la fecha de vigencia enumerada arriba hasta una Notificación de reemplazo.

Nosotros tenemos el derecho para cambiar las practicas de privacidad de este Aviso en cual quer momento cuando este Aviso esta en efecto. Nosotros tenemos el derecho aser cambio en la Practicas de Privacidad. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y le proporcionaremos el nuevo Aviso en la ubicación de nuestra práctica y lo distribuiremos a solicitud.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre la práctica de nuestra privacidad, o copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros con la información que le proporcionamos al final de este Aviso.

#### Usos y Divulgaciones de Información de Salud

**Utilizamos y divulgamos su información de salud sin autorización para los propósitos de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.**

*Tratamiento:* Podemos usar o divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud con otro proveedor / médico que le proporcione tratamiento.

*Pago:* Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.

*Operaciones de atención médica:* Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales y proveedores, programas de capacitación, acreditación y certificación, licencias o actividades de acreditación.

*Su Autorización:* Además de nuestro uso de su información de salud para los siguientes propósitos, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da la autorización, puede revocar la autorización en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso o revelaciones permitidas por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar ninguna información por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso

*Persona involucrada en el cuidado:* Podemos usar su información general de salud protegida para notificar, o ayudar en la notificación de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado personal, de su ubicación, su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o revelar su información de salud, le proporcionaremos una oportunidad de oponerse a dichos usos y divulgaciones. En el caso de su ausencia o incapacidad o en circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional revelando solamente información de salud que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica.

*Beneficio de Salud Pública y Salud Pública:* Podemos usar o revelar su información de salud para reportar abuso, negligencia o cualquier violencia doméstica; Para reportar enfermedades, lesiones y estadísticas vitales; Para reportar información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); Para alertar a alguien que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad; Para las actividades de supervisión de la salud; Para ciertos procedimientos judiciales y administrativos; Para ciertos fines de aplicación de la ley, evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; Y para cumplir con la compensación de trabajadores o programas similares.