

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____
 Nombre Apellido Número de Seguro Social _____
 Nombre Preferido _____
 Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo _____
 Estado Matrimonial Casado(a) Soltero(a) Menor de Edad Otro _____
 Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____
 Dirección _____
 ¿Cómo se enteró de nosotros? _____

DATOS DE ESPOSO(A) O PADRES

Nombre _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Relación _____
 ¿Tiene la custodia legal si el paciente es menor de edad? Sí No

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DENTAL

Le doy permiso a Dallas Family Dental para que mi información de salud protegida se divulgue a la familia u otras personas. Esto puede incluir, pero no se limita a; examen y tratamiento prestado, diagnóstico, planes de tratamiento detallados, contabilidad, reclamaciones de seguros y facturación. La divulgación de información seguirá siendo efectiva hasta que yo la termine por escrito. Esta información puede ser divulgada a las siguientes personas:

- Esposo(a) o padre
- Hijos(as)
- Otra _____
Nombre
- La información no debe ser divulgada a nadie más que a mí mismo.

Firma _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA DENTAL

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____
 Teléfono de la Compañía de Aseguranza _____
 Número de Suscripción del Miembro _____
 Número de Grupo _____
 Nombre del Dueño de la Póliza _____
 Relación con el Paciente _____
 Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social _____
 Empleador del Dueño de la Póliza _____

SEGUNDA PÓLIZA DE SEGURO DENTAL

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____
 Teléfono de la Compañía de Aseguranza _____
 Número de Suscripción del Miembro _____
 Número de Grupo _____
 Nombre del Dueño de la Póliza _____
 Relación con el Paciente _____
 Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social _____
 Empleador del Dueño de la Póliza _____

ACUSE DE RECIBIDO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Dallas Family Dental. (Puede negarse a firmar este reconocimiento.)

Nombre _____
 Firma _____ Fecha _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____
 Relación _____
 Número de Teléfono _____

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify) _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo al Médico a tomar cualquier ayuda diagnóstica que considere necesaria para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales y para realizar todas y cada una de las formas de tratamiento, medicamentos y terapia que puedan estar indicadas utilizando asistencia según corresponda. Autorizo a Dallas Family Dental a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y / o los registros del tratamiento o examen que se me dieron a mí o a mi hijo(a) durante el período de dicha atención dental a pagadores terceros y / o profesionales de salud. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la tarifa real por los servicios y que soy responsable del pago de todos los servicios proveídos / tarifas, independientemente de la cobertura del seguro, en mi nombre y el de los dependientes en la cuenta. Acepto pagar la parte esperada del paciente en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros por adelantado.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Razón de la visita _____ Fecha de la última visita dental _____

Nombre del dentista anterior _____ Ciudad/Estado _____

HISTORIAL DENTAL

Marque "sí" o "no" para indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	encías sangrantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Objetos no dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el oído
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechina los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento periodonta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ampollas en los labios o boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encías hinchadas o sensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al frío
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de ardor en la lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o cansancio en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad para oír
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumar cigarros, pipas o puros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerde los labios o las mejillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a los dulces
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mandibula crujiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dientes flojos o empastes rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al masticar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas o crecimientos en la boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se muerde las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la boca al cepillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad para masticar en un lado de la boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se le atora la comida entre los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de ortodoncia			

¿Con qué frecuencia usas hilo dental? _____ ¿Cepillo? _____

HISTORIAL DE SALUD

Marque "sí" o "no" para indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Yes	No		Yes	No		Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos de cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas/enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia/pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anafalaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxicomanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida del aliento fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria o erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zóster
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulación artificial de algún tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sinusales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina bífida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad estomacal/intestinal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de Boniva/Fosamax/Zometa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de extremidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición(es) neurológica(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad/pérdida auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores o crecimientos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque/insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia amarilla

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave que no esté en la lista? Sí No En caso afirmativo, por favor explique. _____

MUJERES

¿Está embarazada? Sí No Fecha de nacimiento _____ ¿Está amamantando? Sí No ¿Usa píldoras anticonceptivas? Sí No

MEDICAMENTOS

Por favor, liste los medicamentos que está tomando actualmente _____

ALERGIAS

Ninguna Aspirina Barbitúricos Codeína Yodo Látex Anestésico local Penicilina Sulfa Otras

¿Ha sido hospitalizado o se ha sometido a alguna cirugía? Sí No En caso afirmativo, por favor explique el motivo y la fecha _____

Médico _____ Número de teléfono _____ Última cita _____

Con mi mejor conocimiento, todas las respuestas proveídas son verdaderas y correctas. No pondré responsabilidad en esta oficina dental por los errores u omisiones que pude haber cometido al completar este formulario. Si mi historial de salud cambia, notificaré a esta oficina en mi próxima cita dental.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____



Nombre del Paciente _____

Por favor, inicie que ha leído y entendido cada sección.

Norma financiera

He recibido la Póliza Financiera y de Seguro de Dallas Family Dental que describe mi responsabilidad financiera hacia la atención prestada por los médicos de Dallas Family Dental. Entiendo que la persona que garantiza la cuenta será responsable. Si mi hijo(a) tiene una cita, la persona que garantiza la cuenta será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios.

Norma de cancelación de citas o no presentación

Asumo toda la responsabilidad de la cancelación / reprogramación de cualquier cita necesaria. Se reserva una cantidad específica de tiempo especialmente para usted y recomendamos encarecidamente a todos los pacientes que asistan a sus citas. Si debe cambiar su cita, REQUERIMOS AL MENOS 24 HORAS AVISO ANTES DE LA HORA DE SU CITA para evitar un cargo de cancelación de \$40. Muchos pacientes están esperando con meses de anticipación las citas, por favor, respete nuestro horario y nuestros otros pacientes dándonos tiempo para llenar su lugar reservado con otro paciente que necesite atención. Si un paciente no asiste a una cita de cirugía, se le cobrará una tarifa de \$200 si no se notifica con anticipación para que la cita se pueda hacer disponible a otro paciente. En caso de que no se notifique con anticipación la cancelación, Dallas Family Dental se reserva el derecho de terminar la relación con el paciente después de 3 citas perdidas o canceladas tardíamente.

Declaraciones de liberación médica/dental

Doy mi consentimiento para que los médicos de Dallas Family Dental completen un examen exhaustivo en el paciente mencionado anteriormente, incluidas las radiografías de diagnóstico necesarias. Hasta el mejor de mi conocimiento, la información que he proveído es precisa y entiendo que se llevará a cabo en la más estricta confianza y de acuerdo con todas las regulaciones federales y estatales de HIPAA. Además, entiendo que es mi responsabilidad informar a Dallas Family Dental de cualquier cambio de médico de mi hijo. Como padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, también concedo a los médicos y al personal de Dallas Family Dental permiso para realizar futuros tratamientos de odontología según se considere apropiado. Entiendo que todo el tratamiento necesario se explicará antes de y que sea responsable de cualquier pago en su totalidad en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan aprobado en arreglos previos.

Liberación de reclamos de seguros y declaración de responsabilidad financiera

Para precipitar la presentación de este y todos los reclamos futuros de seguro dental, por la presente autorizo la divulgación de información confidencial a la compañía de seguros dentales. Soy consciente de que Dallas Family Dental proporcionará una estimación de la cobertura del seguro antes de iniciar cualquier tratamiento a futuro y que yo seré legalmente responsable de cualquier parte no pagada por esta póliza. Entiendo que el desembolso de costos adicionales pueden acumularse si las estimaciones proporcionadas por mi compañía de seguros son inexactas o si los procedimientos cambian durante el curso del tratamiento. Además, soy consciente de mi responsabilidad financiera en caso de que mi póliza de seguro no pague, por cualquier motivo, dentro de los 45 días posteriores a la fecha de recibir dicho tratamiento.

Autorización de pago directo

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Dallas Family Dental o al dentista que realice el tratamiento de mi hijo (a). Además, en caso de incumplimiento de pago por servicios prestados anteriormente, también acepto pagar todos los honorarios razonables de cobro y / o legales que incurran durante el intento de cobrar esta cantidad.

Aviso de Prácticas de Privacidad, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996

He leído el formulario titulado "Aviso de prácticas de privacidad" y entiendo su contenido con respecto a la privacidad de la información sanitaria de mi hijo (a). Por la presente doy mi consentimiento para el uso necesario de dicha información y entiendo que estas disposiciones prohíben Dallas Family Dental de vender o transferir esta información a cualquier lugar no autorizado sin mi aprobación previa. He revisado esta información y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción total.

He leído y entiendo las políticas anteriores.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha



Nombre del Paciente _____

INFORMACIÓN SOBRE POLÍTICAS FINANCIERAS Y SEGUROS

Maneras de pago

Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito principales (Visa, MasterCard, American Express y Discover). Con mucho gusto ofrecemos y aceptamos planes de pago a través de CareCredit para el tratamiento dental.

A medida que nos esforzamos por ser uno de los principales proveedores de atención dental familiar de la zona, trabajamos para ayudar a los pacientes a desempeñar un papel activo en su salud dental. Porque valoramos nuestra relación con usted y creemos que las mejores relaciones están basadas en su opinión, ofrecemos estas aclaraciones sobre los métodos de pago y reembolso del seguro.

En cada visita, solicitaremos una copia de la información de su seguro dental para permitirnos presentar su reclamo. Por favor, recuerde traer toda información de seguro dental / tarjeta (s) de seguro (s) a cada cita. Póngase en contacto con Dallas Family Dental inmediatamente después de hacer cualquier cambio en su cobertura dental, para que podamos mantener nuestros registros actualizados y proporcionar un reembolso expedito de sus beneficios.

Si se descubre alguna necesidad de tratamiento durante el examen de su hijo (a), le proporcionaremos una estimación de costos que indique nuestra tarifa total, lo que anticipamos que será su cobertura de seguro, y su parte ESTIMADA de pago para el plan de tratamiento. Exploraremos todas las opciones de tratamiento y los costos antes de comenzar cualquier tratamiento adicional. Sabemos que el seguro dental puede ser confuso así que no dude en contactarnos con preguntas sobre seguros o pagos.

Seguro Dental

Nos dedicamos a proporcionar a todos nuestros pacientes el mejor tratamiento disponible y basamos todas nuestras recomendaciones de tratamiento en lo que será mejor para su hijo (a) y no lo que su compañía de seguros pague o no pague. Tenga en cuenta lo siguiente con respecto a su cobertura de seguro dental:

1. Debemos enfatizar que como proveedor de atención médica, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros dentales. Su seguro dental es un contrato entre usted, su compañía de trabajo, y la compañía de seguros. La mayoría de los planes pagan rutinariamente entre un promedio de 50-75% de la tarifa total de procedimientos determinados. Este porcentaje está predeterminado por el plan que su compañía de trabajo ha comprado.
2. Como cortesía, estaremos encantados de solicitar sus beneficios de seguro. Porque su plan de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, muchas compañías no reembolsarán a nuestra oficina. En este caso, usted será responsable del costo total de cada visita en el momento en que se brinden los servicios y su compañía de seguros le envíe el cheque de reembolso directamente a usted.
3. Cualquier cantidad no pagada por su compañía de seguros es debida en el momento en que se presten los servicios. Estas tarifas pueden incluir deducibles, copagos o ciertos procedimientos no cubiertos por su póliza de seguro. Desafortunadamente, algunos de los servicios que podemos recomendar para su hijo pueden no estar cubiertos por su póliza de seguro dental. Nuestro objetivo principal es tratarlo a usted y a su hijo utilizando los mejores materiales, suministros, medicamentos y medio ambiente posibles.
4. Permitimos un máximo de 45 días para que su compañía de seguros liquide los saldos de la cuenta. Cualquier porción no pagada usted deberá después de este período. Si no ha pagado su saldo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se realizó el tratamiento, un cargo financiero de 1.5% se agregará a su cuenta cada mes hasta que se el saldo sea pagado. Si su compañía de seguros presenta el pago después de este tiempo, le reembolsaremos la cantidad pagada hasta entonces. Aunque esto no suceda muy seguido, si es importante que reconozca que su seguro es un contrato legal entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es, y no puede ser parte de ese contrato legal. A final de cuentas, usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.
5. Nuestra oficina no determina sus beneficios dentales. Su compañía de trabajo elige su póliza en particular. Si usted no está contento (a) con la cobertura elegida por su compañía de trabajo, debería de mencionarlo al coordinador de beneficios de su compañía. Solo su compañía de trabajo puede ajustar o cambiar los beneficios.

Antes de recibir cualquier tratamiento, le proporcionaremos una estimación de costos que indique nuestra tarifa total, lo que anticipamos que su cobertura de seguro va a cubrir, y su porción estimada de pago (porción estimada del paciente o EPP). Por favor, recuerde, esto es solo una estimación basada en información generalizada proporcionada por su compañía de seguros dentales. Es posible que una facturación adicional o reembolso a usted pueda pasar en caso de que la información facilitada sea inexacta.

Siempre haremos todo lo posible para maximizar los beneficios de su seguro y apreciamos la liquidación inmediata de cualquier cargo en el que se pueda incurrir durante el proceso de tratamiento. ¡Esperamos tener años de estrecha asociación con usted, mientras trabajamos juntos para mantener su salud oral!