

Formulario De Informacion del Paciente

Gracias por elegir nuestro equipo de atencion dental! Nos esforzaremos por brindarle la mayor atencion dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atencion dental, complete este formulario. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consultenos. Estaremos encantados de ayudarlo(a)!

Fecha De Hoy: ____/____/____

Paciente: _____ SS# _____

Apellido
Primer Nombre
Inicial

Género: H M Fecha de Nacimiento: _____ Niño(a) Soldero(a) Casado(a) Separado(a) Divocado(a)

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Licencia de Manejo: _____ Correo electrónico: _____

Numero de telefono: _____ (Casa Celular) Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Posicion: _____

Dirección de empleador: _____

Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Información de la parte responsable: *si el paciente es la parte responsable de esta cuenta, puede omitir esta sección.*

Persona responsable de la cuenta: _____

Apellido
Primer Nombre
Inicial

Relación con el paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SSN #:** _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____ **Apartamento:** _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Licencia de Manejo: _____

Empleador: _____ Posicion: _____

Dirección de empleador: _____

Información del seguro primaria:

Compañía de seguro: _____ **Número de identificación:** _____

Número de grupo: _____ **Número de teléfono del seguro:** _____

Nombre del empleador: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____

Número de SSN del titular de la póliza: _____

TIENE SEGURO ADICIONAL? SI LA RESPUESTA ES SI, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE: (tenga en cuenta: No divulgar la información del seguro constituye un fraude de seguro. Un delito grave en el estado de Nevada. NVCC1349.33)

Información de Seguros Secundaria:

Compañía de seguro: _____ **Número de identificación:** _____

Número de grupo: _____ **Número de teléfono del seguro:** _____

Nombre del empleador: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____

Número de SSN del titular de la póliza: _____

Historial médico del paciente:

Médico: _____ # De Telefono: _____ Fecha de Ultimo Examen: _____

2. Está bajo cualquier tratamiento médico ahora? **SI NO (Si si, explique):** _____.

3. Alguna vez ha sido hospitalizado(a) por alguna operación o enfermedad grave en el último año?.....**SI NO**
Si si, porfvor explique: _____.

4. Esta tomando algún medicamento(s), incluido el medicamento sin receta? Si si, porfavor explique: _____.

5. Historia Dental del Paciente:

- Nombre del dentista anterior: _____ Fecha del ultimo examen: _____.

-Are you having any pain? Circle pain level that applies: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Usa dentaduras postizas o parciales? Si si, indique la fecha de colocación: _____.

6. Solo para mujeres:

Esta embarazada?.....**SI NO** Cree que este embarazada?.....**SI NO**

Estimada fecha de parto: _____ Esta amamantando?.....**SI NO**

7. ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?

Penicilina o cualquier otro antibiótico..**SI NO** - Si si, porfavor explique: _____.

Local Anesthetics(e.g. Novocain).....**SI NO**

Sulfa Drugs.....**SI NO**

Aspirin.....**SI NO**

Barbiturates.....**SI NO**

Metals.....**SI NO**

Sedatives.....**SI NO**

Latex rubber.....**SI NO**

Iodine.....**SI NO**

Nitrile.....**SI NO**

NSAID.....**SI NO**

Other (please list): _____.

8. Usted usa tabaco?.....**SI NO**

9. Usted usa sustancias controladas?.....**SI NO**

1. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Presión arterial alta..... SI NO	Anticoagulantes? SI NO	Enfermedad del hígado..... SI NO
Presión arterial baja..... SI NO		Nefropatía..... SI NO
Ataque al corazón..... SI NO	Fecha: _____	Emphysema..... SI NO
problemas cardíacos..... SI NO		Tuberculosis..... SI NO
Soplo del corazón..... SI NO	Fecha: _____	VPH..... SI NO
Prolapso de válvula mitral... SI NO	Fecha: _____	Hepatitis..... SI NO (TIPO): _____.
Marcapasos cardíaco SI NO	Instalado: _____	Ictericia..... SI NO
Embolia..... SI NO	Fecha: _____	Enfermedad transmisión sexual.... SI NO
Desmayo..... SI NO		A.I.D.S./HIV..... SI NO
Epilepsia /convulsiones SI NO		Pérdida de peso reciente SI NO
Fácilmente sinuoso..... SI NO		Problemas estomacales SI NO
Frecuentemente cansado... SI NO		Asma..... SI NO
Diabetes..... SI NO		Problemas respiratorios..... SI NO
Artritis..... SI NO		Dolores en el pecho SI NO
Problemas tiroideos..... SI NO		Reemplazo articular / implante..... SI NO
Cancer..... SI NO	Activo? SI NO	Tobillos hinchados SI NO
Anemia..... SI NO		Glaucoma..... SI NO
Radioterapia..... SI NO		Otros por favor explique:
Angina..... SI NO		_____.
Lupus..... SI NO		

Firma del/la paciente, padre/madre o tutor/a legal

Fecha

POLÍTICA FINANCIERA**4492 S. PECOS RD, LAS VEGAS, NV 89121****PH: (702)701-7999 FAX: (702)722-2277**

Este es un acuerdo entre Nevada Dentistry & Braces, como acreedor, y el paciente / Deudor nombrado en este formulario. En este acuerdo, la palabra "usted", "su" y "suyo" significa el Asegurado / Deudor. La palabra "cuenta" significa la cuenta que se ha establecido en su nombre a la que se realizan y acreditan los cargos. Las palabras "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren a Nevada Dentistry & Braces. Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar todos los servicios recibidos.

❖ OPCIONES DE PAGO SI NO TIENE SEGURO:

A: Usted elige pagar en efectivo, con tarjeta de débito o crédito el día del tratamiento. (NO CHEQUES)

B: En el tratamiento con cirugía, el pago vence el día del acuerdo de pago o antes.

C: Ofrecemos financiamiento especial a través de Care Credit, Wells Fargo, y mas! PREGUNTE CÓMO SOLICITAR!

❖ OPCIONES DE PAGO SI TIENE SEGURO:

A: Usted elige pagar su deducible y cualquier parte de su bolsillo en el momento en que los servicios se prestan en efectivo, tarjeta de débito o crédito. (NO ACEPTAMOS CHEQUES)

B: Si no podemos verificar su aseguranza por algún motive o no tenemos control sobre el, se espera el pago de todo el tratamiento al momento del servicio.

C: Si su seguro paga menos por cualquier reclamo por cualquier motivo, usted será responsable de pagar esa parte.

❖ PAGOS: A menos que nosotros aprobemos otros arreglos por escrito, el saldo de su estado de cuenta adeudado será pagadero cuando se emita el estado de cuenta, se vencerá si no se paga a finales de mes.

❖ ASEGURANZA: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le facturaremos a su seguro como cortesía. Aunque podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía la que hace la determinación final de su elegibilidad. Usted acepta pagar una parte de los cargos no cubiertos por su seguro.

❖ CUENTAS ANTERIORES: Si su cuenta se vence, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si tenemos que remitir su cuenta a una agencia de cobranza, usted acepta pagar todos los costos de cobranza en los que se incurre. Si tenemos que remitir los cobros del saldo a un abogado, usted acepta pagar todos los honorarios del abogado que incurran más los costos de la corte.

❖ RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD: Usted comprende que si esta cuenta se presenta a un abogado o agencia de cobranzas, el hecho de que haya recibido tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en una cuestión de registro público.

❖ DIVORCIO: En caso de divorcio, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable de esos cargos posteriores. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte del costo del tratamiento, está autorizando la responsabilidad del padre de cobrar al otro padre.

❖ TRANSFERENCIA DE REGISTROS: Deberá solicitarlo por escrito y pagar la tarifa de copago de \$ 20.00 si desea que se envíen copias de sus registros y radiografías a otra oficina.

❖ CO-FIRMA: Si esta u otra Política Financiera es firmada por otra persona, esa firma conjunta permanecerá vigente hasta que se cancele por escrito. Si se recibe la cancelación por escrito, se hace con cualquier cargo posterior.

❖ DIA EFECTIVO: Una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo tendrá plena vigencia y efecto.

Escriba el nombre completo del/la paciente

Fecha

Firma del/la paciente, padre/madre o tutor/a legal

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE CUMPLIMIENTO HIPPA

4492 S. PECOS RD, LAS VEGAS, NV 89121

PH: (702)701-7999 FAX: (702)722-2277

- Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.
- El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted determina que, con su firma, ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.
- Los términos de la notificación pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.
- Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo.
- La ley HIPPA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información 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 una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- ❖ La información médica protegida puede divulgarse o usarse 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.
- ❖ La práctica tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y toda divulgación total cesará.
- ❖ La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

Authorization and Release:

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o los beneficios de seguro de grupo dental que de otra manera me serían pagaderos. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos de la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Entiendo y estoy de acuerdo con un cargo por servicio de cobro del cincuenta por ciento del saldo pendiente que se agregará una vez que mi cuenta se vuelva atrasada. Se cobrará una tarifa adicional de ciento cincuenta dólares (\$ 150) además de los honorarios de la corte para cubrir cualquier reclamo menor por presentaciones judiciales.

- | | |
|--|-------|
| ❖ Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un texto para confirmar las citas? | SI NO |
| ❖ Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? | SI NO |
| ❖ Podemos compartir imágenes sin nombre / apellido en nuestro sitio web o redes sociales? | SI NO |
| ❖ Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? | SI NO |
| ❖ En caso afirmativo, indique abajo el nombre de los miembros de la familia permitidos: | |
| ❖ | |

Nombre: _____ Relación: _____

Este consentimiento fue firmado por: _____.

(IMPRIMA EL NOMBRE POR FAVOR)

FIRMA: _____ **DATE:** _____.

TESTIGO: _____ **DATE:** _____.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTACION**4492 S. PECOS RD, LAS VEGAS, NV 89121****PH: (702)701-7999 FAX: (702)722-2277****1. Política de cancelación / no presentación para cita con el medico:**

-Entendemos que hay momentos en que debe perder una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede evitar que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no cancela y no podemos programar una visita, debido a una agenda de citas aparentemente "completa".

-Si no se cancela una cita con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de veinticinco dólares (\$ 25); esto no será cubierto por su compañía de seguros.

2. Citas programadas:

-Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener a tiempo a los demás pacientes y al médico. Si usted ha pasado 15 minutos de su hora programada, tendremos que reprogramar la cita.

3. Política de cancelación / no presentación para tratamiento:

- Debido al gran período de tiempo necesario para el tratamiento, las cancelaciones de última hora pueden causar problemas y gastos adicionales para la oficina.

-Si el tratamiento no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de treinta dólares (\$ 30); esto no será cubierto por su compañía de seguros.

4. Saldos de cuenta

-Exigiremos que los pacientes con saldos de autopago paguen los saldos de sus cuentas a cero (\$ 0) antes de recibir más servicios de nuestra práctica.

-Los pacientes que tengan preguntas sobre sus facturas o que deseen analizar una opción de plan de pago pueden llamar y pedir hablar con un representante de la oficina comercial con quien puedan revisar su cuenta y sus inquietudes.

-Los pacientes con saldos superiores a \$ 100 deben hacer arreglos de pago antes de que se hagan citas futuras.

Nombre completo del/la paciente

Fecha

Firma del/la paciente, padre/madre o tutor/a legal

Fecha