

PACIENTE INFORMACIÓN									
Apellido			Nombre			M.I.		Fecha de Nacimiento	
Dirección de la Calle					No. Seguridad Social				
Ciudad			Estado			ZIP			
No. de Teléfono			Dirección de Correo Electrónico						
Género		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado Civil		<input type="checkbox"/> Menores de 18 años <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Nombre del Empleador			Ocupación			Teléfono del empleador			
Nombre de algún familiar que se atiende aquí									

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA									
(INDIQUE SU TARJETA DE ASEGURANZA A LA RECEPCIONISTA)									
Apellido del asegurado Primario			Primero			M.I.		Fecha de Nacimiento	
Dirección de la Calle					No. Seguro Social				
Ciudad			Estado			ZIP			
No. de Teléfono			Relación con el Paciente		<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros:				
Nombre de Plan Seguro:			ID/SSN			No. Grupo			

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre	No. de Teléfono

REMISIÓN DE INFORMACIÓN	
¿A quien le podemos dar gracias por la referencia a nuestra oficina?	
Amigo o Pariente	Otro Paciente
<input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otros:	

HISTORIA DENTAL			
Dentista anterior:			
Motivo de la visita de hoy:			
Fecha del último examen dental:		Fecha de última radiografías dentales:	
¿TIENES ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?			
<input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Chasquido o estallido quijada	<input type="checkbox"/> Colección de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Rechina los dientes <input type="checkbox"/> Dientes flojos	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal <input type="checkbox"/> Sequedad en la boca <input type="checkbox"/> Sensibilidad a caliente/frío/dulce	<input type="checkbox"/> Rellenos de quebradas <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Trabajo previo de ortodoncia

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA	
Con mi firma abajo, certifico que las informaciones arriba es verdadera, exacta y completa. Si hay algún cambio, le informare a myDental en la próxima cita. Además, permito que myDental lleve comunicaciones electrónicas automatizadas por correo electrónico, texto y teléfono que aparecen en mi registro que implican, pero no se limitan a, recordatorios, seguimientos, ofertas, etc. Tengo la opción de cambiar mi preferencia de comunicación en cualquier momento.	
Firma del Paciente/Tutor	Fecha

Historia Médica



Aunque el personal del consultorio sobre todo trata el área en y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que usted puede estar tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Nombre del Paciente			
Nombre del Médico de Atención Primaria		No. de Teléfono	
¿Cuál es su estimación de su salud general?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Feria <input type="checkbox"/> Pobre

¿Estás bajo cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:
¿Ha usted alguna vez sido hospitalizados o tenía una operación importante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:
¿Está tomando cualquier medicamento, pastillas o medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tomado otros medicamentos que contienen bisfosfonatos, Actonel, Fosamax y Boniva?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está usted en una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consumes tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Utilizas sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ronca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente utilizas una máquina CPAP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted ha sido diagnosticado con apnea del sueño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

MUJERES: ESTA USTED

Embarazadas/Tratando de quedar embarazada? Sí No Tomando anticonceptivos orales? Sí No Enfermería? Sí No

¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos Locales Acrílica Metal Látex Sulfamidas
 Otros:

¿TIENES, O ¿HA TENIDO, ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Medicina de cortisona	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Diálisis renal
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fácilmente el aliento	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Válvula artificial del corazón	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Urticaria o erupción	<input type="checkbox"/> Tejas
<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hechizos/mareos desmayos	<input type="checkbox"/> Latido irregular corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de seno
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal, Intestinal
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Herpes genital	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón, insuficiencia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Ampollas del herpes labial, fiebre	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos
<input type="checkbox"/> Trastorno congénito del corazón	<input type="checkbox"/> Marcapasos de corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas/enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea

Alguna vez ha tenido cualquier otra enfermedad grave no escrita ? Sí No En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

COMENTARIOS

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA

Las preguntas fueron contestadas con lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del Paciente/Tutor		Fecha	
--------------------------	--	-------	--

Política Financiera



Como condición para su tratamiento por esta oficina, los acuerdos financieros deben hacerse por adelantado. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado y responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento.

General

Gracias por elegir a nuestra práctica como su proveedor de Cuidado Dental. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información y seguro antes de ver al doctor.

Pago

El pago se espera siempre en el momento del tratamiento al menos que sepa que su seguro va a pagar el 100%. Todas las opciones de pago tendrán que ser discutidas con uno de nuestros coordinadores de programación o nuestro administrador de empresas.

ACEPTAMOS EFECTIVO, VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER, CARE CREDIT

Plan De Tratamiento

Si se diagnostica que necesita cualquier tratamiento dental, un plan de tratamiento con su copago estimado, estarán preparados antes del inicio de cualquier procedimiento. El tratamiento podría ser cambiado si su diagnóstico necesita un cambio. El paciente será notificado de cualquier cambio en el tratamiento.

Seguro Dental

Nuestra oficina con gusto trabajará con usted para ayudarlo a obtener el máximo beneficio disponible. La mayoría de planes de seguro dentales no cubre al 100% de su costo de tratamiento. Por lo tanto, se espera que pague el deducible y el copago estimados de los servicios del día presentados. Con mucho gusto se le presentará su reclamo del seguro. Muchos varían existen de portador al portador (es decir, deducibles, máximos anuales, limitaciones de la cuota permitida, procedimientos no cubiertos y otras restricciones), por lo tanto, no podemos garantizar ningún cargo estimado. Porque su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros, en última instancia, usted es responsable de todos los cargos. Por favor sepa que haremos todo lo posible para que reciba todos los beneficios de su compañía de seguros. Si por alguna razón no se recibe el pago de cualquier reclamación dental dentro de 45 días, usted recibirá una declaración de todo el saldo debido. Si el pago no se hace dentro de 45 días de la recepción de la declaración, su cuenta puede ser entregada a colecciones. Cargos que se haya negado o no cubiertos por la compañía de seguros son su responsabilidad.

Costos de Cobranza

Cuentas con saldos más de 45 días vencidos puede ser enviado a las colecciones. Pacientes serán responsable de los costos de las colecciones incluyendo pero no limitado a, honorarios de la Agencia de colección, honorarios de abogados y costas judiciales.

Tarifas Normales y Habituales

Nuestra práctica está comprometida en ofrecer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual para nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de tarifas normales y habituales.

Pacientes Adultos

Los adultos son responsables por el pago total al momento del servicio.

Pacientes Menores

El adulto que acompaña a un menor de edad padres (o tutores del menor) son responsables por el pago completo. Para menores tratamiento de emergencia, no se negará a menos que los cargos han sido autorizados previamente para ser aprobados por Visa/MasterCard, American Express, Discover, CareCredit o pago en efectivo en el tiempo que el servicio ha sido verificado.

Citas Perdidas

El tiempo que usted reserva con nosotros es suyo y solo suyo. En caso de que no podrá acudir a su cita, respetuosamente solicitamos que por favor de notificar a un coordinador de programación de al menos 48 horas antes de la fecha de la cita. Por supuesto, las emergencias ocurren, y entendemos. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo citas programadas.

He leído la anterior política financiera y estoy de acuerdo con el contenido. También entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo en mi cuenta.

Nombre del Paciente		Relación con el Paciente	
Firma del Paciente/Tutor		Fecha	

HIPAA Reconocer y Aceptar



Tengo entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos son bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Rendición de Cuentas de Trabajo de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento que autorizo a myDental a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento)
- Obtener el pago de los terceros pagadores (p. ej. mi compañía de seguros)
- Las operaciones diarias del cuidado de la salud de su práctica

También se me ha informado y dado entendido el derecho de revisar y asegurar una copia del *Aviso de prácticas de privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de salud y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que myDental reserva el derecho a modificar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactarlos en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud protegida es utilizada y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrieron antes de la fecha de que revocar este consentimiento no se ve afectada.

Nombre del Paciente		Relación con el Paciente	
Firma del Paciente/Tutor		Fecha	

Política De Citas



El tiempo reservado para una cita en un consultorio dental es limitado y valioso. Es extremadamente importante que todos los pacientes cumplan con sus citas dentales reservadas. Esto, privará a nuestros otros pacientes no recibir la atención dental necesaria y de calidad.

Se emitirá una tarifa de cancelación de \$50.00 por cualquier cita rota sin un aviso de 48 horas.

Para las citas de lunes a viernes, el 25% de su copago por el tratamiento propuesto se recolecta al momento de programar su cita.

Para las citas de los sábados, el 50% de su copago por el tratamiento propuesto se recolecta al momento de programar su cita.

Pacientes de Medicaid / CHIP

Se notifica a MCNA Dental, DentaQuest, Amerigroup y UnitedHealthcare a través de nuestro sistema automatizado si cancela o no se presenta a su cita. Para mantener su seguro activo, debe seguir la póliza de su compañía de seguros.

Por favor, siéntase libre de dialogar esta y otras pólizas con nuestro personal. No dude en llamar a nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

Nombre del Paciente		Relación con el Paciente	
Firma del Paciente/Tutor		Fecha	

Uso formulario de consentimiento de la imagen fotográfica y Video

Autorizo a myDental para utilizar mis fotografías, video, o el testimonio en su sitio web o útiles de comunicación social que incluye pero no se limita a su página en Facebook o página de Google Plus. Entiendo que estas imágenes, videos o testimonios no se utilizará para otras publicidades comerciales.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero tal revocación debe ser por escrito y recibido por myDental. Revocación afecta la revelación hacia adelante y no es retroactiva.

Nombre del Paciente		Relación con el Paciente	
Firma del Paciente/Tutor		Fecha	