

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido, Primer (Apodo)
 Género: _____ Family Status: _____
 Numero Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Horario Preferido: _____
 Horario Preferido: Mañana Tarde Noche Primero Disponible T W R F S
 Direccion: _____
Calle # de Apartamento
Ciudad Estado Codigo Postal

Información de Salud

Fecha de ultima visita Dental: _____ Razon por su visita: _____

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor marque los que aplican:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Desordenes mentales | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza | Due date: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del | <input type="checkbox"/> Tratamiento de | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeína |
| <input type="checkbox"/> Asma | Corazón | Radiación | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la | <input type="checkbox"/> Sopló cardíaco | <input type="checkbox"/> Problemas | <input type="checkbox"/> Alergia al Latex |
| Sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis | Respiratorios | <input type="checkbox"/> Alergia a la |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | Anesthesia Local |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Sanguinea | <input type="checkbox"/> Reumatismo | OTRO: |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon | <input type="checkbox"/> Problemas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del | Estomacales | |
| | Higado | | |

• Enumere **TODOS** los medicamentos que está tomando actualmente: _____

• ¿Alguna vez ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental? Si No
 En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

• ¿Ha sido ingresado en un hospital o necesitó atención de emergencia durante los últimos dos años? Si No
 En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

• ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Si No
 En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Nombre del médico: _____ Telefono: _____

• ¿Tiene algún problema de salud que necesite mayor aclaración? Si No
 En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Según entiendo, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algun cambio en mi salud, informaré a los médicos en la próxima cita sin falta.

Fecha: _____
 Firma del paciente o padre

Información referencial

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra práctica?

- Otro paciente, amigo Otro paciente, familiar Oficina Dental Paginas Amarillas Periodico
 Escuela Trabajo Otro _____

Nombre de la persona u oficina que lo refiera a nuestra práctica: _____



PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) and ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I have been provided with Dr. Q DENTISTRY, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

CONCENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD y CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de Dr. Q DENTISTRY, y doy mi consentimiento para usar y compartir Informacion Personal De Salud como lo permitad y/o requiera la ley.

Patient's Name: X _____

Nombre del Paciente: (please print) (nombre en letra de molde por favor)

Patient's Signature: X _____ Date: _____

Firma Del Paciente: (Patient or legal representative*)(Paciente o Representante Legal*) Fecha:

*May be requested to show proof of representative status *Puede pedirse prueba de la representación

E-Mail/Text Consent Form

PURPOSE: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/text regarding your Protected Health Information.

Dr. Q DENTISTRY offers patients the opportunity to communicate by e-mail/text. Transmitting patient information by e-mail/text has a number of risks that patients should consider before granting consent to use e-mail/text for these purposes. Dr. Q DENTISTRY will use reasonable means to protect the security and confidentiality of e-mail/text information sent and received. However, we cannot guarantee the security and confidentiality of email/text communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of e-mail/text between Dr.Q DENTISTRY and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

PROPÓSITO: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía e-mail/texto en referencia a su Información de Salud Protegida .

Dr. Q DENTISTRY ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía e-mail/texto. Trasmistir información vía e-mail/texto tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos.

Dr. Q DENTISTRY usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía e-mail/texto. De todas formas, Dr. Q DENTISTRY no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía e-mail/texto y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía e-mail/texto entre Dr. Q DENTISTRY y yo y consentimiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient's Acknowledgment and Agreement /Paciente Recibió y Acordó

Yo estoy de acuerdo y consiento que Dr. Q DENTISTRY se pueda comunicar en referencia a mi Información de Salud Protegida vía e-mail/texto.

I agree and consent that Dr. Q DENTISTRY may communicate with me regarding my protected health information by e-mail/text.

My Consented E-Mail Address is: _____

(Mi direccion de E-Mail consentida es)

Text to (mandar texto por telefono a): _____

Signature of Patient or Legal Representative X _____ Date Signed: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Autorizo a la Dra. Quintana que tome radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro medio de diagnóstico que la Doctora considere apropiado para hacer un diagnóstico completo. Además, autorizo y doy mi consentimiento para que el médico pueda elegir y emplear la asistencia que considere apropiada mientras hace un diagnóstico.

Inicial _____

PLAN DE TRATAMIENTO

Después de su examen inicial discutiremos su salud oral y el plan de tratamiento recomendado con usted. Le ofreceremos opciones de tratamiento donde sea posible y planificaremos el tratamiento para abordar sus necesidades más urgentes primero. En algunos casos, es necesario programar procedimientos urgentes antes de las limpiezas rutinarias; de lo contrario, su limpieza de rutina se programará en la próxima cita disponible.

Es su responsabilidad mantener su salud oral. Le ayudaremos de cualquier manera posible para facilitar su tratamiento.

Inicial _____

CON RESPECTO A PACIENTES MENORES

Dr. Q Dentistry atiende a pacientes mayores de siete (7) años. Un adulto, padre o tutor debe acompañar a todos los pacientes menores (menores de 18 años de edad) y debe permanecer en el establecimiento, fuera del consultorio, durante toda la cita. El padre o tutor que acompaña al paciente menor es legalmente responsable por cualquier pago adeudado en esa cita. El óxido nítrico, también conocido como "gas de la risa", es obligatorio para pacientes menores cuando se realiza cualquier tratamiento dental, y tendrá un costo de \$70. El óxido nítrico es opcional para las citas de limpieza de rutina.

Inicial _____

CON RESPECTO A PACIENTES CON NIÑOS

Dr. Q Dentistry no puede proporcionar cuidado infantil durante las citas y, según lo estipulado por las reglamentaciones estatales, los niños no pueden acompañar a un adulto al consultorio. Por favor haga arreglos para el cuidado de sus hijos en consecuencia.

Inicial _____

FINANCIAL POLICY

Como condición de su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso del paciente por los costos incurridos en su cuidado y la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en el momento en que se complete los servicios.

El pago de los servicios debe realizarse antes de que se comience el tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover y American Express. También puede calificar para préstamos sin intereses disponibles a través de un prestamista externo después de la aprobación del crédito. Consulte www.carecredit.com para obtener más información sobre estos préstamos.

Se agregará un cargo financiero de 1 1/2% (18% anual) a cualquier balance sobre 60 días. En caso de incumplimiento, usted promete pagar intereses legales sobre el endeudamiento, junto con los costos de cobro y los honorarios razonables de los abogados que puedan ser necesarios para cobrar esta deuda.

Entiendo que hay un **HONORARIO DE \$25 PARA CUALQUIER CITA PERDIDA O ROTA SIN UN AVISO PREVIO A UN DÍA LABORAL.**

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Todos los registros médicos/dentales y las radiografías son propiedad de esta oficina. Cualquier costo de transferencia a otro profesional incurrirá en una tarifa de duplicación de \$ 2/página. Si desea que la información se envíe electrónicamente por correo electrónico, no habrá ningún cargo.

En el caso de un cheque devuelto (artículo NSF) se cobrará una cantidad adicional de \$30 (tarifa NSF). El pago del monto del artículo NSF más \$30 de tarifa NSF DEBE pagarse dentro de las 24 horas en efectivo, cheque de caja o giro postal.

Inicial _____

YOUR INSURANCE

Dr. Q Dentistry ha acordado aceptar muchos seguros y planes de salud dental (asignación de beneficios). Debemos enfatizar que nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.

Las reclamaciones se presentan para los planes clasificados como "indemnización", "archivables" o "PPO". Esos planes requieren que pague los copagos, los deducibles y / o el coseguro en el momento del servicio. Presentaremos reclamos a todos los seguros con los que tengamos un acuerdo.

Si no se puede verificar su seguro antes de su cita, será responsable de todos los cargos de la cita. Se hará un gran esfuerzo para notificarle de tales circunstancias. Los pacientes recibirán un recibo de reembolso de parte de su proveedor en circunstancias donde los seguros no pueden ser verificados.

Si no tenemos un acuerdo con su compañía de seguros, le proporcionaremos un recibo con toda la información necesaria para que presente un reclamo. Su compañía de seguros debe enviarle el pago del beneficio directamente a usted. En consecuencia, los cargos por su cuidado y tratamiento se deben pagar al momento del servicio.

En caso de que su seguro o plan dental determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago se debe a la recepción de un estado de cuenta de nuestra oficina. Si no está de acuerdo con la determinación de la aseguradora, debe comunicarse con su compañía de seguros para resolver la disputa.

Los beneficios de su seguro NO son una garantía de pago.

Tiene la opción de solicitar una autorización previa de su compañía de seguros antes de que se presten los servicios. La solicitud de preautorización puede tomar de 2 a 4 semanas, dependiendo de su seguro. Es responsabilidad del paciente contactar al Dr. Q Dentistry una vez que se haya recibido la autorización previa con respecto a cualquier pregunta, o para realizar sus próximas citas programadas.

Inicial _____

ALTERNATE BENEFIT AND OTHER CLAUSES

Su seguro puede contener cláusulas que afectan los montos pagados por su seguro. El Dr. Q Dentistry le notificará sobre tales cláusulas siempre que sea posible; Sin embargo, es su responsabilidad, no del Dr. Q Dentistry, conocer estas cláusulas para su seguro en particular. Por ejemplo, una "Cláusula de beneficio alternativo" establece que su seguro solo pagará el costo de una amalgama o relleno "plateado", no un relleno compuesto o "de color de diente". El Dr. Quintana no hace empastes de plata. Su responsabilidad por los cargos en este caso sería la diferencia en el costo entre los empastes plateados y de color de diente, más su copago de acuerdo con su plan de seguro.

Inicial _____

Por favor firme abajo como reconocimiento y aceptación de estas políticas.

Printed Name of Patient/Guardian

Signature of Patient/Guardian

Fecha

Printed Name of Witness

Signature of Witness

Fecha