

REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

SS/HIC/ID Paciente #: _____

Nombre del paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Sexo: M F Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante: _____ años

Ocupación: _____

Empleador/Escuela del paciente: _____

Domicilio del empleador/escuela: _____

Telefono del empleador/escuela: _____

Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento: _____

SS#: _____

Empleador del cónyuge: _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? _____

Seguro Odontológico

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente: _____

compañía de seguros.: _____

Grupo #: _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Relación con el paciente: _____

Compañía de seguros.: _____

Grupo #: _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, seen o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s)de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos par servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Relación con el paciente

NÚMEROS DE TELÉFONO

Hogar: _____ Trabajar: _____ Ext: _____ Celular: _____

Trabajo del cónyuge: _____ Mejor momento y lugar para contactarlo: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

HISTORIAL ODOTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy: _____ Dentista Anterior: _____

Ciudad/Estado: _____ Fecha de la última consulta odontológico: _____ Fecha de última rayos X odontológico: _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:

Mal aliento	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Objetos extraños	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamiento periodontológico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Sangrado de encías	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rechinar de dientes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sensibilidad al frío	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ampollas en labios o boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Encías hinchadas o sensibles	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sensibilidad al calor	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ardor en la lengua	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor o cansancio mandibular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sensibilidad a lo dulce	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Masticación en un lado de la boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Morderse los labios o las mejillas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sensibilidad al morder	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fumar cigarrillo, pipa o cigarro	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dientes flojos o empastes rotos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Llagas o protuberancias en la boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Chasquido o crujido mandibular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sequedad de boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental?	_____
Sequedad de boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en la boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Con qué frecuencia se cepillas los dientes?	_____
Comerse las uñas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamiento de ortodoncia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Acumulación de comida entre los dientes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor alrededor del oído	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

HISTORIA DE SALUD

Nombre del médico: _____

Fecha de última consulta: _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los Fármacos del grupo denominado en Inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

Marcar "si" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad respiratoria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desmayos o mareos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis, Reumatismo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre escarlata	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Articulaciones artificiales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo cardíaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas cardíacos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Erupción cutánea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas lumbares	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis tipo: _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dieta especial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Apoplejía	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión sanguínea alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hinchazón de pies o tobillos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hinchazón de glándulas en el cuello	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependencia de fármaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor mandibular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad renal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas circulatorios	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad hepática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Lesiones cardíacas congénitas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión sanguínea baja	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tratamientos con cortisona	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tos, persistencia o con sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas nerviosos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapasos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida de peso, inexplicada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfisema	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
¿Usas lentes de contacto?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Mujeres

¿Estás usted embarazada? Sí No Fecha de parto: _____ ¿Estás usted amamantando? Sí No

¿Tomar pastillas anticonceptivas? Sí No

MEDICAMENTO

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono: _____

ALERGIAS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésico local |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (Pildoras para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicillina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Iodina | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex | |

ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando algún medicación nueva? _____ ¿Cual? _____

Firma del paciente: _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando algún medicación nueva? _____ ¿Cual? _____

Firma del paciente: _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

HIPAA Formulario de consentimiento del paciente

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, lo autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica.

También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más reciente del aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la revocación de este consentimiento no se ve afectado.

Imprimir nombre del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono _____

Firma:

Fecha

Acuerdo financiero

Gracias por elegirnos para brindarle su atención dental. Consideramos un honor haber sido elegido por usted para hacerlo. Nuestra filosofía al servir a las personas es ser informativos, honestos y directos. En ninguna parte es más importante que en el área de las finanzas. Este Acuerdo Financiero es indicativo de nuestro respeto por su derecho a saber con anticipación cuáles son nuestras expectativas. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestro Acuerdo financiero, no dude en consultar con el personal de nuestra oficina comercial.

SEGURO DENTAL: Como cortesía, con gusto presentaremos sus reclamos y aceptaremos la asignación de los beneficios del seguro dental siempre que acepte lo siguiente:

- Debe proporcionarnos una tarjeta de seguro y toda la información necesaria para verificar su cobertura y presentar su reclamo.
- Su póliza de seguro es un contrato entre ustedes, su empleador y la compañía de seguros NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es contigo y no con tu compañía de seguros
- Usted es responsable de nuestros honorarios y no de lo que su compañía de seguros permita o considere "usual, habitual y razonable", todo lo cual varía de una compañía a otra.
- Aunque podemos estimar los beneficios de su seguro, no somos responsables de su exactitud. Conocimiento de los beneficios, así como los montos, limitaciones y exclusiones de los beneficios, periodos de espera, etc es enteramente SU responsabilidad. Recibir nuestros servicios indica su aceptación de la responsabilidad de pagar independientemente de nuestra estimación.
- Todos los cargos no pagados por su compañía de seguros son su responsabilidad, independientemente del motivo de la falta de pago. No todos los servicios que brindamos son beneficios cubiertos. Los beneficios difieren de una empresa a otra. Las tarifas por los servicios no cubiertos, junto con los deducibles y los copagos, se deben pagar en el momento del tratamiento.

POLÍTICA DE PAGO

- Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, Visa, MasterCard y Discover
- Después de que el seguro dental haya pagado su parte, se envía un estado de cuenta a la dirección postal registrada, por el saldo restante. El pago se espera dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta, para evitar cargos financieros.
- No presentamos reclamos de seguro médico o más de una compañía de seguro dental por paciente.

PACIENTES SIN COBERTURA DE SEGURO: Proporcionamos presupuesto por escrito de los honorarios, y se espera el pago en cada visita por los servicios prestados.

CITAS FALLIDAS O PERDIDAS: Las citas que no se mantienen o cambian con menos de 48 horas de aviso se consideran interrumpidas. Las citas incumplidas se reprogramarán durante las horas de la mañana y estarán sujetas a tarifas adicionales. Las citas incumplidas impiden que otros reciban la atención dental que merecen. Las tomamos en serio, así que sea considerado e infórmenos con anticipación si necesita cambiar: su cita.

CARGO POR CITA FALTA SI NO SE DA AVISO DE 48 HORAS: Cada vez que un paciente falta a una cita sin dar la notificación adecuada, otro paciente pierde la oportunidad de recibir atención oportuna. Si no puede asistir a su cita, le pedimos respetuosamente que notifique a nuestra clínica con al menos 48 horas de anticipación. Si no cancela/reprograma una cita a la que no asiste, se considerará una cita perdida o no presentarse.

Debido a la gran demanda de pacientes y la disponibilidad limitada de citas, hemos instituido una tarifa de \$50 por no presentarse entre semana y **\$75 por citas programadas para los sábados o para el día anterior o posterior a los días festivos***. A partir del 1 de julio de 2013, debe avisar con 48 horas de anticipación para cancelar/reprogramar citas. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de **\$50/\$75** a su cuenta. Nos reservamos el derecho de terminar el tratamiento profesional de cualquier paciente cuando no se cumplan las citas programadas.

PACIENTES MENORES: El padre o tutor que acompaña al menor es responsable del pago total. En el caso de padres divorciados o separados, el padre que acompaña al hijo es responsable del pago, sin excepción alguna. Esta oficina no intentará cobrar el pago de un padre que no esté presente en la oficina en esa visita.

CHEQUES DEVUELTOS: Se aplica un cargo de \$30.00 cuando el banco devuelve un cheque.

CARGOS POR FINANCIAMIENTO Y TARIFAS DE COLECCIÓN: Los cargos por financiamiento se aplicarán a todos los saldos no pagados dentro de los 30 días posteriores a la fecha de facturación mensual. Se cobrará un cargo por mora del 1.5% sobre el saldo pendiente de pago y adeudado cada mes hasta que se pague. Usted acepta pagar los costos de cobranza y los honorarios razonables de abogados incurridos al intentar cobrar esta cantidad o cualquier saldo de cuenta pendiente en el futuro.

REGISTROS Y REEMBOLSOS: Los registros originales, incluidas las radiografías, son propiedad de esta oficina. Si lo desea, le proporcionaremos una copia de su registro o radiografías.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. En esas situaciones, lo alentamos a que comunique cualquier problema de este tipo de inmediato para que podamos ayudarlo en la administración de su cuenta.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: Autorizo el tratamiento dental y acepto pagar todos los honorarios profesionales relacionados. Las tarifas no cubiertas por mi seguro dental se pagarán de inmediato al recibir notificación de esta oficina. He leído y entendido este documento en su totalidad, que describe las políticas de la oficina y las políticas financieras de Parkway Dental Care. Sin ninguna reserva, acepto cumplir con las políticas descritas en este documento.

Nombre del paciente: _____ Nombre del padre / tutor: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre o tutor

Fecha

***Holidays are New Year's Day, Independence Day, Thanksgiving Day and Christmas Day**