

DATOS DE PACIENTE

iBienvenido a Complete Care Dental! Por favor, llene este formulario confidencial e importante para su salud dental.

Nombre y Apellido(s) _____ **Nombre preferido** _____
 Fecha de nac. _____ Si es menor de edad, nombre de padre, madre o tutor _____
 Tel. casa _____ Tel. trabajo _____ Celular _____
 Correo electrónico: _____ **Núm. de Seguro Social:** _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Edo. ____ Cód. Postal ____
 Empresa donde trabaja _____ Ocupación _____

Si está casado/a, nombre de su cónyuge _____ Empleador de su cónyuge _____

¿Cómo encontró nuestra clínica? SEGURO DENTAL LOCAL INTERNET Otro: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGURO: No tengo seguro dental

Persona financieramente responsable: YO OTRA PERSONA

Nombre del responsable: _____ **Fecha de nac.** _____ **Seg. Social** _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Edo. ____ Cód. Postal ____
 Nombre del seguro dental _____ Núm. de grupo _____ Núm. de miembro _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Padece, o en el pasado ha padecido, de alguna de las siguientes condiciones? (Marque con un círculo todas las que aplican)

Apnea del sueño	Asma	Úlceras/ problema de estómago	Bruxismo/ apretar los dientes
Soplo en el corazón	Alergias o sarpullido	Artritis	Dolor de mandíbula (TMJ)
Problemas de válvula del corazón	Anemia	Alergia al látex	Algún tipo de implante
Diabetes	Seropositivo/SIDA	Problema sinusal	Algún tipo de trasplante
Marcapasos/Cirugía del corazón	Hepatitis (Tipo: _____)	Cáncer (tipo: _____)	Reemplazo de cadera, rodilla u otra articulación artificial
Hipertensión	Sangrado excesivo	Quimioterapia	Sangrado de encías
Presión arterial baja	Enfermedad hepática	Radioterapia	Derrame cerebral/Embolia
¿Ha tomado esteroides o cortisona en los últimos 2 años?	¿Toma aspirina o anticoagulantes , como Plavix o Coumadin?	¿Toma, o en el pasado ha tomado, bifosfonatos u otros fármacos óseos (p. ej. Fosamax, Actonel, Boniva, Zometa, Aredia, Prolia, Avasin , Denosumab)	Consumo de marihuana/ THC/cannabis **Fecha de consumo más reciente: _____
Otro problema cardíaco: especificar: _____	Enfermedades de riñón/ Diálisis	Drogadicción/ Alcoholismo	Consumo de tabaco
Enfermedad pulmonar	Enfermedad tiroidal	Tratamiento psiquiátrica	Ansiedad dental
Problema de respiración	Epilepsia o convulsiones	Depresión/Ansiedad	Le salen moretones con facilidad
Tuberculosis	Desmayo o mareo	Úlceras o prominencias en la boca	Boca seca

¿Padece de otra enfermedad, condición o problema no especificada anteriormente que debemos saber? Favor de especificar: _____

Firma de paciente: _____ **Fecha:** _____

***Consumo de Marihuana/Cannabis/THC en las 48 horas antes de tratamiento dental puede provocar reacciones cardíacas graves.*

Medicamentos que toma actualmente (incluyendo medicinas sin receta, vitaminas, etc.):

¿Alergias? ¿Ha tenido una reacción adversa a alguno de los siguientes medicamentos?

Penicilina u otros antibióticos	Aspirina, Tylenol, o Ibuprofeno
Sulfamidas	Codeína, Demerol u otros narcóticos
Anestesia local – procaína, Novocaína	Otro: _____

Para mujeres: marque con un círculo

¿Hay posibilidad de embarazo? Sí No	¿Está amamantando? Sí No
Fecha de parto _____	¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

NOTA: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la eficacia de las píldoras anticonceptivas. Consultar a su médico/ginecólogo para información sobre métodos anticonceptivos adicionales.

Contacto en caso de emergencia:

Nombre _____ Teléfono _____

Iniciales de paciente: _____

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

****Ud. puede rehusar firmar este acuse****

He revisado una copia del Aviso de Normas de Confidencialidad de esta clínica y entiendo que una copia fotostática de este documento será considerada de igual validez del original.

{Nombre con letra de molde}

{Firma}

{Fecha}

Staff Note: _____

Traducción de Reglamento Financiero

Complete Care Dental (Partners in Care Dentistry, LLC) "La Clínica" o "Nosotros" debe recibir información exacta del seguro dental al momento de la cita. De no ser así, el paciente o el responsable financiero del paciente ("Usted" o "Su") está obligado a pagar la totalidad de los honorarios a la prestación del servicio. Usted es responsable del pago de los deducibles y co-pagos antes o en el momento del servicio. Las cantidades recibidas de los planes de seguro pueden variar en gran medida de cualquier estimado anteriormente pactado. En cualquier caso, usted es responsable de pagar todos los cargos no cubiertos por su plan de seguro primario. Si la precisión de dicho estimado impacta su decisión de la aceptación del tratamiento propuesto, se sugiere que usted contacte a su compañía de seguro dental para solicitar una aclaración antes de comenzar el tratamiento. Presentaremos una solicitud de pago a su seguro primario en su nombre hasta dos veces por cita. Cualquier apelación adicional al seguro será su responsabilidad. A excepción de los deducibles y co-pagos, usted es responsable del pago en su totalidad cuando: el seguro realice el pago de la solicitud, o 60 días a partir de la fecha de los servicios, incluso si la compañía de seguros todavía no ha pagado.

Es importante entender que el contrato referente a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. La obligación que usted tiene con nuestra clínica es pagar el tratamiento, sin importar la cantidad que pueda o no ser reembolsada por su compañía de seguros.

El pago total de los honorarios se deberá realizar al momento de recibir el servicio, excepto cuando se espera la respuesta a las solicitudes de pago del seguro como se ha descrito anteriormente. Los pagos pueden hacerse en efectivo, con cheque o con tarjeta de crédito aceptada por la Clínica. Los intereses en los montos pagaderos a la Clínica se acumulan a una tasa de 1,5% por mes y se capitalizan cada mes que quede un saldo pendiente en la cuenta. Sin embargo, cuando se presenta una solicitud al seguro, los intereses pueden ser condonados durante el plazo que suceda primero: (a) el tiempo que se tarda en recibir dicho pago del seguro; y (B) 60 días a partir de la fecha de los servicios. La tasa de interés mensual está sujeta a cambios sin previo aviso, pero no excederá las tasas permitidas por la ley aplicable. Si su compañía de seguros no permite la asignación de beneficios (esto es cuando la compañía le paga a usted directamente, y no envía el pago a la Clínica), se requiere el pago total de los honorarios al momento del servicio.

Se aplicará una cuota administrativa por cheques rechazados de \$30.00; el monto puede cambiar de vez en cuando sin previo aviso. Usted también puede ser responsable, hasta donde lo establezca la ley, de los honorarios que cobren las agencias de recuperación o abogados en los casos en que intervengan en la recuperación de cuentas morosas. Se aplicará una cuota administrativa por no presentarse a una cita programada o por citas canceladas en menos de 24 horas. Actualmente esta cuota es de \$35.00 y puede cambiar sin previo aviso.

Reconocimiento y Aceptación:

Autorizo a que se divulgue cualquier información sobre la atención médica, consejos médicos o tratamiento recibidos por mí (o por mi hijo menor de edad), con el fin de evaluar y administrar las solicitudes de pago al seguro. Estoy de acuerdo en pagar la totalidad de los cobros pendientes en el momento de realizar el servicio profesional o tratamiento. Reconozco que incumplir con el pago de mi cuenta en su totalidad después de realizado el servicio profesional o tratamiento puede resultar en la transferencia de mi cuenta a una agencia de recuperación de deudas y el posible aviso al buró de crédito.

Con el fin de que la Clínica administre la cuenta o cobre cualquier cantidad que yo deba, estoy de acuerdo que la Clínica se contacte conmigo vía telefónica utilizando cualquier número de teléfono que yo haya proporcionado, incluyendo números de teléfono celulares, y estas llamadas podrían incurrir en cargos teléfonos extras. La Clínica también puede ponerse en contacto conmigo mediante el envío de mensajes de texto o mensajes de correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que haya proporcionado a la Clínica. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados /de voz artificial y/o el uso de un dispositivo de marcación automática.

Como el paciente y/o el responsable financiero del paciente, certifico que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con todos los términos de el presente Reglamento Financiero. Entiendo que la presente es una traducción brindada para conveniencia y en caso de discrepancia, prevalecerán las disposiciones en inglés. Además, entiendo que una copia fotostática de este documento se considerará tan efectiva y válida como un original. Eximiré a la Clínica y sus empleados de responsabilidad por cualquier omisión que yo haya hecho en completar la información. Autorizo a la Clínica a divulgar información sobre mi tratamiento con el fin de presentar las solicitudes para el posible pago de beneficios cuando sea aplicable y autorizo que dichos fondos sean asignados a la Clínica.

Firma

Nombre con letra de molde

Fecha