

DATOS DE PACIENTE

¡Bienvenido a Complete Care Dental! Favor de completar la información a continuación, la cual es 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. de casa _____ Tel. de trabajo _____ Celular _____
 Correo electrónico: _____ **Núm. de Seguro Social:** _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Edo. _____ Cód. Postal _____
 Empleador _____ 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 _____
 Compañía de seguro dental _____ Núm. de grupo _____ Núm. de miembro _____

HISTORIAL MÉDICO

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

Fiebre Reumática	Asma	Úlceras/ problema de estómago	Bruxismo/ apretar los dientes
Soplo cardíaco	Alergias o sarpullido	Artritis	Dolor de mandíbula (TMJ)
Problemas de válvula del corazón	Anemia	Alergia al látex	Cualquier tipo de implante
Diabetes	Seropositivo/SIDA	Problema sinusal	Cualquier tipo de trasplante
Marcapasos/Cirugía cardíaca	Hepatitis (Tipo: _____)	Cáncer (tipo: _____)	Reemplazo articular (cadera, rodilla u otra articulación artificial)
Hipertensión	Sangrado excesivo	Quimioterapia	Sangrado de encías
Presión arterial baja	Enfermedad hepática	Radioterapia	Enfermedad de riñón
Otro problema cardíaco: especificar: _____	¿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)	¿Ha tomado esteroides o cortisona en los últimos 2 años?
Derrame cerebral/Embolia	Diálisis	Drogadicción/ Alcoholismo	Consumo de tabaco
Enfermedad pulmonar	Enfermedad tiroidal	Tratamiento psiquiátrica	Ansiedad dental
Problema de respiración	Epilepsia o convulsiones	Depresión/Ansiedad	Me salen moretones con facilidad
Tuberculosis	Desmayo o mareo	Úlceras o bultos en la boca	Boca seca

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

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

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

¿Tiene alergia, o 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: marcar con círculo

¿Hay posibilidad de embarazo? Sí No	¿Está dando pecho? Sí No
Fecha de parto _____	¿Toma anticonceptivos orales? Sí No

NOTAR: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la eficacia de los anticonceptivos orales. Consultar a su medico/ginecólogo para información sobre métodos anticonceptivos adicionales.

Contacto en caso de emergencia:

Nombre _____ Núm. de 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 en letras de molde }

{ Firma }

{ Fecha }

Staff Note: _____

Traducción de Política Financiera

Complete Care Dental (Partners in Care Dentistry, LLC) "La Clínica" o "Nosotros" debe recibir información precisa sobre el seguro dental en el momento de la cita. De no ser así, el paciente o la parte financieramente responsable del paciente ("Usted" o "Su") está obligado a pagar la totalidad de los honorarios cuando se prestan los servicios. Usted es responsable de pagar los deducibles y co-pagos antes o en el momento del servicio. Las cantidades recibidas de los planes de seguro pueden variar mucho de cualquier estimación que nosotros le brindamos. En cualquier caso, usted es responsable de pagar todos los cargos no cubiertos por su plan de seguro primario. Si la precisión de dicha estimación tendrá un impacto en su decisión sobre la aceptación del tratamiento propuesto, se sugiere que usted contacte con su compañía de seguro dental para solicitar una aclaración antes de comenzar el tratamiento. Presentaremos una solicitud de pago a su seguro primario por usted 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 realiza 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 con respecto a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. La obligación que tiene con nuestra clínica es de pagar el tratamiento, sin importar la cantidad que pueda ser reembolsada o no reembolsada por su compañía de seguros.

El pago total de los honorarios se deberá realizar en el momento de recibir el servicio, excepto si se espera la respuesta a las solicitudes de pago al seguro como se ha descrito anteriormente. Los pagos pueden hacerse en efectivo, con cheque o con las varias tarjetas de crédito aceptadas 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 queda un saldo pendiente en la cuenta. Sin embargo, cuando se presenta una solicitud al seguro, los intereses pueden ser condonados durante el tiempo que es el menor de: (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 en el momento del servicio.

Se aplicará una cuota administrativa por cheques rechazados. Actualmente esta cuota es de \$30 y puede cambiar de vez en cuando sin previo aviso. Usted también puede ser responsable, hasta las limitaciones establecidas por la ley, por los honorarios cobrados por las agencias de recuperación o abogados en 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 con menos de 24 horas de aviso. Actualmente esta cuota es de \$35 y puede cambiar de vez en cuando sin previo aviso.

Reconocimiento y Aceptación:

Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto a la atención médica, consejos médicos o tratamiento recibidos por mi, 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 el incumplir con el pago de mi cuenta en su totalidad después de la realización del 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.

También estoy de acuerdo, con el fin de que la Clínica administre la cuenta o cobre cualquier cantidad que yo deba, que la Clínica puede ponerse en contacto conmigo por teléfono utilizando cualquier número de teléfono asociado a mi cuenta, incluyendo números de teléfono celulares, lo cual podría resultar en cobros a mí. 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 he proporcionado a la Clínica. Métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados /de voz artificial y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según sea aplicable.

Como el paciente y/o la parte financieramente responsable del paciente, certifico que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con todos los términos de la presente Política Financiera. Entiendo que la presente es una traducción brindada como 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 he hecho en completar la información. Autorizo a la Clínica a divulgar información sobre mi tratamiento con el fin de presentar solicitudes para el posible pago de beneficios cuando sea aplicable y autorizo que dichos fondos sean asignados a la Clínica.

Firma

Nombre en letras de molde

Fecha