



REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social # _____

Nombre del paciente _____

(Apellido) (Nombre) (Inicial) Preferido _____

Dirección _____

Código postal _____

Licencia de conducir # _____ Hombre, Mujer, Niño, Soltero, Casado o otro

Teléfono de la casa # _____ Trabajo# _____ Otro

Dirección de correo electrónico _____

La mejor forma de comunicación: text 0, email 0 llamada 0

En caso de emergencia Contacto:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Contact# _____

¿Cómo se entero de nuestra oficina?

Información de la cuenta:

La persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social # _____

Dirección _____

Código postal _____

Grupo de Empleado# _____

Compañía de Seguros Servicio _____

Grupo# _____

HISTORIA DE SALUD

Paciente Name _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre de su doctor: _____

Telefono: _____

Dirección _____ Ciudad _____

Código de área _____

1. ¿Está usted en buen estado de salud? Si /No

2. ¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? Si / No

3. Fecha del último examen físico? _____

4. ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Si / No

Si es así qué condiciones? _____

5. ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave, operación o hospitalización?

Si No

6. ¿Está tomando alguna droga o medicamento? Si / No

7. Lista el tipo , cantidad y frecuencia _____

8. ¿Está utilizando una droga recreativa? Si / NO

9. ¿Está tomando medicamentos no prescritos? SI/NO

10. ¿Es usted sensible o alérgico a algún medicamento? SI/NO

Penicilina Sulfamidas codeína / otros barbiturico, aspirina, Yodo, o otra

11. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes: (Por favor, ponga un cheque a las condiciones conocidas)

Diabetes

SIDA o HIV

Fiebre reumática Artritis

Lesiones de cabeza

Epilepsia

Articulaciones artificiales

Úlceras de estómago

Problemas del corazón

Enfermedades Venéreas

Murmuros cardíacos

Enfermedades del Riñón

Presión arterial alta

Trastornos Mentales

Enfermedades respiratorias

El tratamiento de radiación

Trastornos nerviosos

Ectercia

Enfermedades Sanguineas _____

Sinusitis

Anemia

Presión Arterial Alta

Enfermedad Respiratorias

Derrame Cerebrales

Trastornos Mentales

Anemia Falciforme

Asma

Tumores/Crecimientos

Convulsiones

Glaucoma

Desmayos

Hepatitis

Tuberculosis

Sangramiento Excesivo

Alergias _____

Ninguno de los anteriores _____

Si marcó sí en cualquiera de las condiciones anteriores, por favor, de una breve explicación:

12. ¿Utiliza el tabaco ahora o en el pasado? SI / NO _____

13. ¿Usted usa un marcapasos cardíaco? SI / NO

14. ¿Ha tenido una cirugía del corazón? SI / NO

15. ¿Tiene usted alguna enfermedad o afección o problema no listado anteriormente que usted piense que yo debería saber? SI / NO

¿Si es sí, Cual es?

16. Si usted es mujer, ¿está embarazada o amamantando? Si es así, ¿cuántos meses?

HISTORIA DENTAL

1. Dentista previo _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

2. Como eran sus visitas regulares no frecuentes esporadic / Fecha de la ultima visita Dental _____

3. Has tenido problemas dentales recientemente? Si / NO

Explica _____

4. Has sido pre-medicado anteriormente con (i.e. Penicillina,, etc.) antes de el tratamiento dental? _____ Si / NO

5. El tratamiento dental te pone nervioso? _____ Si / NO

6. Has tenido o nunca haz tenido lo siguiente :(Por favor chequea las condiciones)
Mal aliento Dientes flojos Encías sangrantes lesiones orales Presionar los dientes
Dientes sensitivos dolor al comer dulces Rechinar los dientes en el día y noche
Dolor al abrir la boca en el condilo

7. Ha tenido problemas con tratamiento dentales en el pasado? _____ Si / NO

8. Has tenido lo siguiente: Endodoncias Cirujia Oral Ortodoncia Periodoncia

Hay algo que te gustaria haber cambiado en tu sonrisa?

Explica _____

Paciente/Guardian firma

Fecha

Doctor Firma

Dirección postal reivindicaciones

Código postal _____
Cualquier cobertura de seguro adicional:
Relación con el paciente _____ DOB: _____
Seguro Social# _____ Grupo # _____
Tipo de seguro _____ Servicio al Cliente

Reclamaciones de correo
Dirección _____

Código postal _____

La autorización para pagar los beneficios para el dentista

Por la presente autorizo el pago directamente a Dr. Elsa D. Flores para la cirugía y odontología o beneficios, si los hay, de lo contrario yo pagare por los servicios descritos anteriormente pero que no exceda los beneficios proporcionados por los servicios cubiertos.

Términos y Condiciones

La firmante autoriza Advanced Dental Care la toma de radiografías, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otra ayuda diagnóstica que considere apropiado para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo cuidado dental para llevar a cabo cualquiera y todas las formas de tratamiento, la medicación y la terapia que puedan ser indicadas, además autoriza y da consentimiento que la Dr. Elsa D. Flores elija el asistente que considere conveniente. También entiendo el uso de agentes anestésicos lleva un cierto riesgo. Servicios dentales prestados por Dr. Elsa D. Flores sera responsabilidad de pago para el paciente y sus dependientes si el seguro no paga. Además, entiendo que en caso de incumplimiento prometo pagar interés legal del endeudamiento.

Paciente / tutor Fecha

Fecha

POLITICA DE LA OFICINA

Es su responsabilidad mantener todas las citas. Si no puede mantener su cita programada, en consideración de otros pacientes que necesitan tratamiento, le rogamos que usted de a la oficina un aviso de 48 horas, de modo que podamos ofrecer su tiempo reservado a otro paciente que está en la necesidad de nuestro cuidado. En caso de aviso de menos de 48 horas de cancelación o si no se presenta una cuota de \$ 75.00 se cargará a su cuenta. Si usted esta 15 minutos tarde a su cita de limpieza, usted puede tomar el tiempo restante o puede hacer una nueva cita.

Los pagos son hechos en el momento de la visita. Esto incluye, "co-pay" de todos los co-pagos, y las cantidades deducibles, para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque, Visa y MasterCard .

Cheques de retorno "cualquier cheque pueden y serán puestos a disposición del juez de paz si la cuenta no se concilia el plazo de 20 días." También será responsable de un cargo por cheque devuelto por la suma de \$ 25 dólares.

Si un menor es llevado para el tratamiento, el adulto que busca el tratamiento es responsable del pago, independientemente de quién realice la póliza de seguro o que tiene la custodia.

Cortesías profesionales están entre los dentistas. Estoy de acuerdo de no solicitar mis documentos hasta que tenga un nuevo dentista.

PÓLIZAS DE SEGURO

Participamos en varios planes dentales. Es su responsabilidad verificar que nosotros participamos en su plan. También es su responsabilidad conocer los términos, limitaciones y beneficios de su plan.

Si nosotros sometemos seguros en su nombre, necesitamos una copia de su tarjeta de seguro; usted es requerido por su compañía de seguros a pagar, co-seguro de todo co-pago y deducibles que se deben pagar en el momento del servicio.

Verificación de su seguro no garantiza el pago. El pago está sujeto a revisión por parte de su compañía de seguros. El pago se determina por el recibo sometido a la compañía de seguros. Si su seguro se niega a pagar por los servicios, se le facturará y es su responsabilidad de pagar por el servicio dentro de los 45 días siguientes a la fecha del tratamiento. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros de disputar cualquier negación, o problemas de falta de pago.

Estaremos encantados de ayudarle en la preparación de las formas o la impresión de recibos para que usted presente con su compañía de seguros.

Yo, el asegurado / dependiente, he leído lo anterior y entiendo las políticas en materia de políticas de la oficina y de seguros. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas y aceptar ser responsable del pago de todos los servicios prestados.

PACIENTE / TUTOR

FECHA

FIRMA

ACUERDO FINANCIERO

Yo, _____, entiendo que cualquier servicio efectuado por mi dependiente o para mí en la oficina de la Dr. Elsa D. Flores es mi personal responsabilidad financiera. Si yo tengo seguro dental yo entiendo que no es la responsabilidad de la oficina de la Dr. Elsa D. Flores cobrar a mi compañía de seguros.

La oficina del Dr. Elsa D. Flores va a presentar una reclamación inicial del seguro en mi nombre como un servicio para mí, sin costo adicional. Si mi compañía de seguros no ha respondido dentro de los 45 días siguientes a la fecha del servicio, toda la tarifa por el servicio se debe pagar por mí cuenta. Entiendo que el saldo restante, independientemente de la cantidad del pago del seguro es mi responsabilidad.

Paciente /Asegurado

Fecha

Privacidad del Paciente

En nuestro esfuerzo por cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y dental (HIPAA), tenemos que estar seguros de proteger su privacidad de acuerdo a sus deseos cuando se trata de su familia, amigos y compañeros de trabajo.

Por favor escoja su respuesta a lo siguiente:

Podemos dejar mensajes en el teléfono celular en casa para discutir las citas? Sí /No

¿Podemos enviar mensajes de texto para confirmar o discutir sus citas? Sí /No

Podemos confirmar, discutir su tratamiento o hacer citas por correo electrónico? Sí /No

Podemos dejar mensajes o discutir sus citas o tratamiento con su cónyuge?

Cónyuges Nombre: _____ - _____ Sí /No

Podemos dejar mensajes relativos a sus citas con una recepcionista o secretaria que contesta a sus llamadas con regularidad? Sí /No

Si usted tiene más de 18 años, sigue viviendo en su casa, podemos discutir sus citas o tratamiento con su padre (s) o tutor?

Nombre: _____ Sí / No

Si usted tiene más de 18 años, podemos discutir sus citas o tratamiento con sus hijos?

Nombre: _____ Sí /No

¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? Por favor lista en orden la mejor forma de comunicación.

celular ___ texto ___ home _____ correo electrónico _____ otro _____

Cualquier otro tipo de contacto adicional puede ser enumeradas aquí. _____

Chequea el mejor metodo de "social media" o de buscar in el inernet

Social Media Google Yahoo Facebook Yelp

Usted tiene que informar, por escrito, de cualquier cambio en sus directivas. Este registro entrara en efecto al firmar el formulario. Se mantendrá en su archivo, junto con el recibo de su aviso de privacidad.

Reconozco que he recibido una copia de la "Notificación de prácticas de privacidad"

Nombre Impreso: _____ Fecha : _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Realcion con el paciente: _____