

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ PACIENTE NUEVO ACTUAL

Paciente: _____
 APELLIDO NOMBRE I PREFERENCIA TITULO
 MASCULINO FEMENINO MENOR* ESTUDIANTE** SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO

*SI ES MENOR, PROPORCIONAR NOMBRE(S) DE PADRE A CONTINUACIÓN:

**SI ES ESTUDIANTE, POR FAVOR COMPLETE: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL

NOMBRE DE PADRE/TUTOR LEGAL(S)

ESCUELA/UBICACIÓN

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social del Paciente: _____

Dirección: _____
 DIRECCIÓN LÍNEA 1
 DIRECCIÓN LÍNEA 2
 CIUDAD CALLE CÓDIGO POSTAL
 Casa: _____
 Celular: _____
 Otro: _____

Correo Electrónico: _____ FAX: _____

Referido? Sí No Referido por: _____

ACTUALISACION DE HISTORIA MEDICA

Salud en General: EXCELENTE BUENA REGULAR MALA

Debido a un aumento del riesgo de Cáncer Oral demostrado en recientes estudios nuestra oficina requiere que todos nuestros pacientes sean examinados para detectar el Cáncer Oral. SI NO

**Nota: Algunos Seguros no cubren este servicio; por favor chequear los documentos de su seguro para más detalles.*

- S N Bajo cuidado de algún medico? _____
- S N Cualquier hospitalización en los últimos 5 años? _____
- S N Alguna Enfermedad grave/cirugía? _____
- S N Usa Tabaco en cualquier forma? En caso afirmativo, Escriba: _____
- S N Requiere de algún antibiótico antes de una visita dental debido alguna condición del corazón o articulación artificial? _____

PACIENTES FEMENINAS: S N Lactando S N Embarazada? _____

Sabe de alguna razón que el procedimiento dental puedan ser un riesgo para usted, para nuestro personal o para otros pacientes? S N

En caso afirmativo, describa:

Hay algo importante sobre su condición médica que no hemos preguntado? S N Si, Si Por favor Describa:

TODOS LOS PACIENTES: USTED TIENE O ALGUNA VEZ HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ? (SELECCIONE TODOS LOS QUE APLICAN): NADA

<input type="checkbox"/> REFLUJO ACIDO	<input type="checkbox"/> BULIMIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> CÁNCER/MALIGNO	<input type="checkbox"/> ATAQUE DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> RADIACIÓN/QUIMO
<input type="checkbox"/> SIDA/HIV +	<input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIA
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/> SOPLO EN EL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA
<input type="checkbox"/> ANOREXIA	<input type="checkbox"/> VARICELA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SINUSITIS
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL
<input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDIACA ARTIFICIALES	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> TIROIDES
<input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HÍGADO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> MAREOS/DESMAYOS	<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> ULCERAS
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES FRECUENTÉ	<input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENÉREAS
<input type="checkbox"/> AUTISMO/ASPERGER	<input type="checkbox"/> INFECCIONES DE OÍDOS FRECUENTE	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	
<input type="checkbox"/> TRASTORNO DE SANGRADO	<input type="checkbox"/> DOLORS DE CABEZA FRECUENTE	<input type="checkbox"/> OTROS – POR FAVOR:	

ALERGIAS/REACCIONES ALERGICAS

TODOS LOS PACIENTES: ERES ALERGICO O HAS TENIDO ALGUNA REACCIÓN A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS? (SELECCIONE TODOS LOS QUE APLICAN): NADA

<input type="checkbox"/> ASPIRINA	<input type="checkbox"/> CODEÍNA	<input type="checkbox"/> LACTOSA INTOLERANCIA	<input type="checkbox"/> PASTILLAS DE DORMIR
<input type="checkbox"/> ANESTESIA-LOCAL	<input type="checkbox"/> DIARIO	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL METAL	<input type="checkbox"/> SULFA
<input type="checkbox"/> BARBITÚRICOS	<input type="checkbox"/> LÁTEX	<input type="checkbox"/> SEDACIÓN ÓXIDO NITROSO	<input type="checkbox"/> PENICILINA/OTRO ANTIBIÓTICO
<input type="checkbox"/> OTRO – LISTADO			

INFORMACION DE MEDICINAS

TODOS LOS PACIENTES: ESTÁ TOMANDO ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS? (SELECCIONETODOS LOS QUE APLIQUEN): NADA

<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS/SULFA	<input type="checkbox"/> Antihistamínicos/ALERGIA	<input type="checkbox"/> ASPIRINA DIARIA	<input type="checkbox"/> MEDICINA PARA LA PRESIÓN
<input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES	<input type="checkbox"/> CÁNCER/MEDICINA PARA LA QUIMO	<input type="checkbox"/> CORTISONA/ESTEROIDES	<input type="checkbox"/> MEDICINA PARA EL CORAZÓN
<input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/> NITROGLICERINA	<input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS ORALES	<input type="checkbox"/> MEDICINA PARA LA OSTEOPOROSIS
<input type="checkbox"/> DROGAS RECREACIONALES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES	<input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTES	<input type="checkbox"/> MEDICINA PARA LA DIABETES
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (LISTA ABAJO)	<input type="checkbox"/> OTRO (LISTA ABAJO)		

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS	RAZÓN POR LO QUE SE LA RECETARON

CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo cualquier cambio en mi estado de salud de mis cambios de medicación, informare al dentista y el personal en la próxima cita sin falta.

Firma: _____ FECHA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: PACIENTE ADULTO PADRE TUTOR OTRO _____



RECONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que se me ha informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información personal y de salud protegida, en virtud de la Ley de Responsabilidad de 1996 Portabilidad del Seguro de Salud y (HIPAA). Yo entiendo que las condiciones en las que la información de mi salud y de identificación personal puede ser utilizada.

Se me ha informado del Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud de mi proveedor de servicios dentales. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dicha Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que el profesional dental tiene el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y que pueda ponerse en contacto con esta oficina a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restringe la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace de acuerdo a continuación, que están obligados a cumplir con dichas restricciones.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: PACIENTE PADRE TUTOR OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE) _____

Por favor enumerar los hijos a cargo menores de 18 años también cubierto por este reconocimiento: _____

SEGURO DENTAL

Información del Seguro Dental

Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social#: _____
Empleador: _____ Grupo #: _____
Seguro Dental ID#: _____ Teléfono del Seguro Dental #: _____
Nombre Del Seguro Dental: _____
Dirección del Seguro Dental: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Seguro Dental Secundario

Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
Empleador: _____ Grupo #: _____
Seguro Dental ID #: _____ Teléfono del Seguro Dental#: _____
Nombre Del Seguro Dental: _____
Dirección del Seguro Dental: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SEGURO

Uno de los objetivos de nuestra oficina es ayudarlo a maximizar sus beneficios de seguro dental. Como cortesía para usted, le presentaremos el reclamo a su compañía de seguro dental por los servicios prestados. Tenga en cuenta que cuando llamamos a su proveedor para verificar los beneficios, no es una garantía de pago por parte de su compañía de seguro.

Además, cualquier plan de tratamiento que se le proponga para sus necesidades o deseos dentales es un estimado del costo basada en la información proporcionada por su compañía de seguros. No es una garantía la cobertura de su seguro para los servicios. Si desea conocer los costos exactos del tratamiento, se puede enviar un estimado previamente de su tratamiento a su compañía de seguros. Si desea que esto se haga, debe informar a nuestra coordinadora de seguros antes de iniciar el tratamiento. (Esto puede tomar hasta 2-6 semanas).

Recuerde que el contrato que detalla sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Independientemente de la cobertura, su copago estimado debe pagarse en su totalidad el día del tratamiento. Si su plan de seguro no paga dentro de los 90 días posteriores al tratamiento, usted se hace responsable del saldo pendiente de los servicios prestados. Depende de usted buscar el reembolso de su compañía de seguros. En caso de que su compañía de seguros pague más de lo que debe por el tratamiento, se procesara un reembolso. Recuerde también que los planes de seguros dentales no están diseñados para cubrir todas sus necesidades dentales.

He revisado esta información y he aceptado que Biscayne Dental Center & Spa presente mis reclamos de seguro por los servicios prestados. Acepto toda la responsabilidad de todas las cuentas de las que soy considerado responsable, personal y familiar. Reconozco que es mi responsabilidad tener cuidado con el tipo de seguro que estoy utilizando para mis servicios dentales. También reconozco que Biscayne Dental Center & Spa no puede garantizar que mi aseguradora cubrirá todos los servicios prestados durante mi tratamiento dental, y que se me proporcione un costo estimado de los beneficios. Finalmente, reconozco que después de 90 días, me convierto en la parte responsable de todos los costos de los servicios prestados y que seré responsable de solicitar el reembolso a mi compañía de seguros en ese momento.

Firma: _____ Fecha: _____

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono: _____

Acuerdo Financiero

Gracias por elegir a Tamiami Dental Center. Nuestra misión principal es ofrecer la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de nuestra misión es hacer el costo de la atención óptima más fácil y manejable para nuestros pacientes como sea posible, ofreciéndoles varias opciones de pago.

Opciones de Pagos:

Se puede elegir entre:

- Cash, Visa, MasterCard, American Express or Discover Card
- Opciones Convenientes de Pagos Mensuales de CareCreditHealthcare&Lending Club
 - o Le permiten pagar con el tiempo
 - o Sin cuotas anuales o penas de pago

Tenga en cuenta: Tamiami Dental Center requiere el pago al inicio de su tratamiento. Si decide interrumpir la atención antes que el tratamiento sea completado, usted recibirá un reembolso, menos el costo de la atención recibida. Para los planes que requieren varias citas, se pueden proporcionar arreglos alternativos de pago. Para aquellos tratamientos más extensivos o más complejos de \$ 500 o más, se requiere un depósito del 10 % para garantizar su cita del tratamiento inicial. Para los pacientes con seguro dental estamos encantados de trabajar con su compañía para maximizar sus beneficios y directamente facturar a ellos para el reembolso de su tratamiento. Existe un cargo de \$ 50 que se cobra a los pacientes que pierden o cancelan más de 2 veces en un año calendario sin previo aviso de 48 horas. Tamiami Dental Center cobra \$ 30 por cheques devueltos. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarlo a obtener la odontología que desea o necesita.

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Nombre del Paciente (Por favor escriba su nombre)