

Nombre del Paciente:

	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE/INICIAL
Sexo: () HOMBRE () MUJER Estado Civil: () Casado/a () Soltero/a () Niño/a () Otro:			
# De Seguro Social: _____ - _____ - _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____		
Dirección: _____	Ciudad, Estado: _____		Código: _____
# De Telefono (Celular #1): _____	(Celular #2): _____		
Empleador: _____	# De Trabajo: _____		
Correo Electronico: _____	# De Emergencia/Relacion: _____		
Primer Lenguaje: _____			

Historial Medico

***Razon de la visita/Área de preocupación:** _____ ***Fecha de ultima visita dental:** _____

- Alguna vez te han recetado un **ANTICOAGULANTE** o **DENSIDAD OSEA?** Fosamax/Plavix/Coumadin/Aspirina) SI/ NO
- *Eres **ALLERGICO** a: Aspirina/Penicillina/Codeine/Latex/Anestesia Local/Otro: _____ SI/ NO
- *Alguna vez ha tenido alguna complicacion despues del tratamiento dental? **SI**, explique: _____ SI/ NO
- *Ha sido admitido en el hospital o necesitado atencion de emergencia en los dos ultimos años? _____ SI/ NO
- Explique: _____
- *Estas bajo el cuidado de un medico ahora? **SI**, explique: _____ SI/ NO
- Medicó: _____ Nombre de la oficina: _____ # De Telefono: _____
- *Tienes algún problema del corazón: **SI**, explique: _____ SI/ NO
- **Alguna vez le han dicho que necesita **PRE-MEDICACIÓN** (antibiotico): _____ SI/ NO

MUJERES-Está o podría estar embarazada en este momento? **SI**, **FECHA:** _____ **Trimestre:** 1° 2° 3°

*****Por favor marque todos los que apliquen:**

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| SIDA SI/NO | Sangrado excesiv SI/NO | Enfermedad del hígado SI/NO | Consume tabaco SI/NO |
| Alergias: _____ | Desmayo SI/NO | Desordenes mentales SI/NO | Tuberculosis SI/NO |
| _____ | Glaucoma SI/NO | Trastornos nerviosos SI/NO | Tumores SI/NO |
| Anemia SI/NO | Crecimientos SI/NO | Marcapasos Cardíaco SI/NO | Ulceras SI/NO |
| Asma SI/NO | Soplo cardíaco SI/NO | Tratamiento de radiación SI/NO | OTRO: _____ |
| Enfermedad de la Sangre SI/NO | Fiebre de heno SI/NO | Problemas respiratorios SI/NO | _____ |
| Cancer SI/NO | Presión arterial alta o baja SI/NO | Reumatismo SI/NO | _____ |
| Diabetis Tipo I o II SI/NO | Hepatitis A/ B/ C SI/NO | Problemas de sinusitis SI/NO | _____ |
| Mareos SI/NO | Ictericia SI/NO | Problemas estomacales SI/NO | _____ |
| Epilepsia SI/NO | Enfermedad del riñon SI/NO | Ataque SI/NO | ()***NINGUNO*** |

*****Estás tomando algún medicamento?** () NINGUNO () SI

SI, Por favor explique: _____

Según mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas.
 Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, informaré a los médicos en la próxima cita sin falta.

Firma del paciente

Fecha

(Si el paciente es menor de edad, padre o tutor)

Política financiera de Man DENTAL

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Como cortesía profesional, si tiene seguro dental, estamos ansiosos por ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestras políticas de pago.

_____ **Iniciales** – El pago se debe realizar en el momento del servicio, incluidos los deducibles o copagos. Aceptamos las siguientes formas de pago:

1. **Effectivo**
2. **Tarjeta de Credito- Master Card/ Visa/American Express/ Discover**
3. **Care Credit-** ofrece una línea de crédito separada para cubrir las necesidades de atención médica de toda su familia. (Por favor, pregunte al personal de la oficina para más información)

_____ **Iniciales** – **Cuentas con saldos superior a 60 días** será entregado a Cornerstone Collection Agency. Tenemos una opción de plan de pago a través de Care Credit si desea hacer uso de este. Una vez que una cuenta ha sido remitida para su recolección, la relación médico-paciente se considera terminada. Sus registros serán remitidos a un dentista

_____ **Iniciales** – **Facturación de seguros**

Se espera que nos avise con total divulgación de todos sus planes de seguro dental. Nos pondremos en contacto con su compañía de seguros para que consulte sobre su elegibilidad y beneficios, por lo tanto, necesitaremos toda la información de su seguro en su visita inicial. Trabajaremos lo mejor que podamos para satisfacer sus necesidades y brindarle las opciones permitidas por su seguro, le informaremos sobre el copago y cualquier otro costo asociado con su cita antes de comenzar su tratamiento; Con las siguientes estipulaciones:

- Se espera que pague la totalidad de su copago por adelantado. Calcularemos su total para usted y le presentaremos el costo. Se le informará de antemano de cualquier pago adicional requerido para el tratamiento.
- **En última instancia, el saldo de su cuenta es su responsabilidad.** Si bien haremos todo lo posible para obtener información precisa sobre su elegibilidad y beneficios, en casos excepcionales, las compañías de seguros no siempre nos brindarán la información más actualizada que resulte en inexactitudes. En este escenario, le pediremos que pague el saldo restante. **Su póliza de seguro es estrictamente entre usted y su compañía de seguros,** no estamos al tanto de ello. Ofrecemos Care Credit como opción de plan de pago; Por favor, siéntase libre de preguntar a cualquiera de nuestros empleados cómo solicitar. Permitiremos un período de 60 días en el que usted puede pagar el saldo restante una vez que le hayamos informado que vence. Si no paga en el tiempo asignado, su cuenta se considerará vencida.

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con estas políticas ha sido discutida. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo con las políticas anteriores. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por el seguro

_____ **Firma**

_____ **Fecha**

RECONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Puede negarse a firmar este Reconocimiento

Yo, _____ recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, y me han
brindado la oportunidad de revisarlo.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Sólo Para Uso De Oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
 - Prohibida la comunicación con las barreras para obtener el reconocimiento
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
 - Otro (especificar)
-
-

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Por favor lea cuidadosamente y llévese esto con usted)

En virtud de la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 2013 (HIPAA), estamos obligados a informarle sobre nuestra política de privacidad. Usamos la información personal y de salud que nos proporciona para evaluar su condición y brindar tratamiento dentro de nuestra oficina. Solo el médico y los empleados tienen acceso a su información personal y de salud. Su información no se divulgará a terceros sin su consentimiento o para fines no relacionados con la medicina.

Podemos proporcionar su información a los planes de seguro, servicios de facturación de terceros o planes de reembolso directo para el pago. Podemos proporcionar su información a los servicios de recolección. Podemos proporcionar su información a farmacias para servicios de medicamentos recetados. Podemos proporcionar su información a los proveedores de atención médica para fines de consulta, o referencias. Si paga el 100% de su bolsillo, tiene derecho a solicitar que su información no se divulgue a su plan de salud a menos que sea necesaria para fines de tratamiento o que la ley lo exija.

Usted tiene derecho a una copia escrita de nuestra política de privacidad. Tiene derecho a ver, enmendar y obtener copias de sus registros. Usted tiene derecho a quejarse de violaciones a la privacidad. Se debe obtener su consentimiento antes de que la información en sus registros pueda ser divulgada para tratamiento, pago o cualquier operación de atención médica. Nos pondremos en contacto con usted si hay una violación de su información médica protegida.

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, tiene preguntas o inquietudes, o si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, comuníquese con: **La Manager de la oficina Man DENTAL al 626-598-3344**

Al firmar el Formulario de acuse de recibo, nos ha dado permiso para divulgar su información personal y de salud para consultas de atención médica y dental, referencias, facturación, cobros y recetas de medicamentos. Si se niega a firmar el formulario de acuse de recibo, no podremos utilizar su seguro dental como medio de pago.

1

Política de Citas Perdidas y Cancelación de MAN DENTAL

1. Política de Cancelación / No Presentación de su cita

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, es posible que esté impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita.

Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de cincuenta dólares (\$50): esto no será cubierto por su compañía de seguros.

2. Si pierde una cita y se comunica con nosotros después de 24 horas de aviso, la consideraremos una cita perdida y se le cobrará una tarifa de \$ 50 por no presentarse. Esto se aplica a cancelaciones tardías y "no presentaciones"

3. Si llega tarde a una cita, lo atenderán lo antes posible, aunque es posible que sea necesario acortar la visita al consultorio.

Esta tarifa se le facturará directamente y no está cubierta por su seguro. Este saldo debe pagarse antes de su próxima cita. Si no tiene una cita programada, el saldo se espera de manera oportuna y, de no ser así, estará sujeto a cobros.

He leído y entiendo la Política de cancelación y citas perdidas y estoy de acuerdo con los términos de esta política.

Signature

Date

de su elección.