

Información sobre el Paciente

Nombre _____ Fecha _____
Casada(o) ☐ Soltera(o) ☐ Menor ☐ H ☐ M ☐
Apellido _____ Nombre _____
Domicilio _____
Calle _____ #Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
#Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes _____ Dia _____ Año _____
Lugar de Empleo _____ Dirección _____
Persona Responsable de la Cuenta: ☐ Paciente ☐ Guardian ☐ Esposa(o) ☐ Padre ☐ Madre

Persona para llamar en caso de

Emergencia

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/CP. _____

Telefono _____

AUTORIZACION

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de Seguro en grupo que de otra manera se me enviaron. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentífrico apropiado. La información en esta página y la historia dental/médica son exactas, que yo sepa. Otorgó al dentista el derecho de dar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas médicos. Transfiera electrónica también.

X

Firma del Paciente o Persona Responsable

Alguna vez ha venido algún miembro de su familia?

☐ si ☐ no

A quien le damos las gracias por recomendarlos?

MÉTODO DE PAGO

La persona responsable ya tiene cuenta con esta oficina

☐ si ☐ no

☐ Pago entero en cada cita (efectivo o cheque personal)

☐ Pago entero con tarjeta (☐ Visa ☐ Otra)

☐ Me gustaría discutir los arreglos Financieros

COBRO ADICIONAL

Si no pago el saldo total dentro de **90 días** después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se sumará a la cuenta por el periodo de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará en el **2% por mes** lo cual equivale al 24% al año. Si dejó de hacer un pago, promete pagar cualquier interés legal sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en Cuentas no pagadas en el futuro.

HISTORIA DENTAL

Las siguientes preguntas, marque (x) sus respuestas a las siguientes preguntas.

	Si	No		Si	No
¿Le sangran las encías cuando se lava los dientes/hilo dental?.....	☐	☐	¿Tiene dolor de oído o de cuello?.....	☐	☐
¿Sus dientes son sensibles al frío,caliente o presión?.....	☐	☐	Tiene algún chasquido,estadillo o molestia en su mandíbula.....	☐	☐
Se le atora la comida entre los dientes?.....	☐	☐	Tiene bruxismo o rechina sus dientes?.....	☐	☐
Tiene boca reseca?.....	☐	☐	Tiene llagas o úlceras en su boca?.....	☐	☐
¿Ha tenido tratamiento periodontal (encías)?.....	☐	☐	Usa dentaduras postizas o parciales?.....	☐	☐
¿Ha tenido tratamiento de frenos?.....	☐	☐	¿Participa en actividades recreativas activas?.....	☐	☐
¿Ha tenido un problema anteriormente con tratamiento dental?.....	☐	☐	Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o boca?.....	☐	☐
La agua de su hogar esta fluorado?.....	☐	☐			
Toma agua embotellada o filtrada?.....	☐	☐	Fecha de último examen dental: _____		
Si es así, con que frecuencia? DIARIAMENTE/SEMANAL/OCASIONAL			¿Qué se hizo en ese tiempo? _____		
¿Actualmente tiene dolor o una molestia dental?.....	☐	☐			
			Fecha de últimas radiografías dentales: _____		

¿Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?

¿Cómo se siente con su sonrisa?

Informacion Medica

Las siguientes preguntas, marque (x) sus respuestas a las siguientes preguntas.

Está bajo el cuidado de un médico?..... ☐ Si ☐ No Nombre de Médico: _____ teléfono _____ () Dirección/Ciudad/Estado/CP: _____ ¿Está en buena salud?..... ☐ Si ☐ No ¿Ha habido un cambio en su salud en el último año?..... ☐ Si ☐ No Si es así, que condición está siendo tratada? _____ Fecha del último examen físico? _____	¿Ha tenido una enfermedad grave o hospitalizado en los últimos 5 años?..... ☐ Si ☐ No Si es así, cual fue el problema o enfermedad? _____ ¿Está tomando algún medicamento recetado o sin receta?..... ☐ Si ☐ No Si es así, favor de nombrar a todos. Incluya vitaminas, preparaciones herbales o naturales y suplementos dietéticos: _____ _____ _____
--	--

Usa lentes de contacto? ☐ Si ☐ No Reemplazo de la Articulación. ¿Ha tenido una articulación total ortopedia (cadera, rodilla, codo o dedo) reemplazado?..... ☐ Si ☐ No Fecha _____ ha tenido alguna complicación? _____ Está tomando o tiene programado comenzar a tomar alguno de los medicamentos: alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?..... ☐ Si ☐ No Desde 2001, ¿recibió tratamiento o está programado actualmente para comenzar el tratamiento con los bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o esquelético complicaciones resultantes de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?..... ☐ Si ☐ No Fecha de inicio del tratamiento: _____	Usa sustancias controladas (drogas)?..... ☐ Si ☐ No Usa tabaco (fumar o mascar)?..... ☐ Si ☐ No Si es así, ¿qué interés tiene de parar? _____ (circule uno) MUY /ALGO /NO INTERÉS Toma bebidas alcohólicas?..... ☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuánto alcohol ha tomado en las últimas 24hrs? _____ Si es así, cuanto toma típicamente en una semana? _____ SOLO PARA MUJERES: Está embarazada?..... ☐ Si ☐ No ¿Cuántas semanas? _____ Tomando anticonceptivos o hormonas?..... ☐ Si ☐ No Amamantando? ☐ Si ☐ No
--	--

Alergias- ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a: Para todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.			
Anestésicos locales..... ☐ Si ☐ No Aspirina..... ☐ Si ☐ No Penicilina o otros antibióticos..... ☐ Si ☐ No Barbitúricos, sedantes o somníferos..... ☐ Si ☐ No Drogas sulfá..... ☐ Si ☐ No Codeína u otros narcóticos..... ☐ Si ☐ No	Metales..... ☐ Si ☐ No Látex (caucho)..... ☐ Si ☐ No Yodo..... ☐ Si ☐ No Fiebre del heno / estacional..... ☐ Si ☐ No Animales..... ☐ Si ☐ No Alimentos..... ☐ Si ☐ No		

Válvula cardíaca artificial..... ☐ Si ☐ No Endocarditis infecciosa..... ☐ Si ☐ No Válvulas dañadas en corazón trasplantado..... ☐ Si ☐ No Enfermedad cardíaca congénita..... ☐ Si ☐ No Reparado (completamente) en los últimos 6 meses..... ☐ Si ☐ No Reparada con defectos residuales..... ☐ Si ☐ No	Enfermedad autoinmune..... ☐ Si ☐ No Artritis reumatoide..... ☐ Si ☐ No Lupus eritematoso sistémico..... ☐ Si ☐ No Asma..... ☐ Si ☐ No Bronquitis..... ☐ Si ☐ No Enfisema..... ☐ Si ☐ No Problemas de los senos nasales..... ☐ Si ☐ No Tuberculosis..... ☐ Si ☐ No Hepatitis, enfermedad del hígado..... ☐ Si ☐ No Epilepsia..... ☐ Si ☐ No Desmayos o convulsiones..... ☐ Si ☐ No Trastornos neurológicos..... ☐ Si ☐ No especifique _____ Trastorno del sueño..... ☐ Si ☐ No Trastornos de salud mental..... ☐ Si ☐ No especifique _____
---	--

Enfermedad cardiovascular.....	☐	☐ Prolapso de la válvula mitral.....	☐	☐ Cáncer/quimioterapia/tratamiento de radiación.....	☐	☐
Angina.....	☐	☐ Marcapasos.....	☐			
Arteriosclerosis.....	☐	☐ Fiebre reumática.....	☐			
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	☐	☐ Enfermedad cardíaca reumática.....	☐	☐ Dolor en el pecho al hacer ejercicio.....	☐	☐
Válvulas cardíacas dañadas.....	☐	☐ Sangrado anormal.....	☐	☐ Dolor crónico.....	☐	☐
Ataque cardíaco.....	☐	☐ Anemia.....	☐	☐ Diabetes tipo I o II.....	☐	☐
Soplo cardíaco.....	☐	☐ Transfusión de Sangre.....	☐	☐ Trastorno de alimentación.....	☐	☐
Presión arterial baja.....	☐	fecha		☐ Desnutrición	☐	☐
Presión arterial alta.....	☐	☐ Hermafroditismo.....	☐	☐ Enfermedad gastrointestinal.....	☐	☐
Otro corazón congénito defectos.....	☐	☐ Sida O VIH.....	☐	☐ G.E Reflujo/acidez estomacal.....	☐	☐
		Artritis.....	☐	☐ Úlceras	☐	☐
Problemas de tiroides.....	☐	☐ Infecciones recurrentes.....	☐	☐ Problemas renales	☐	☐
Accidente cerebrovascular	☐	☐ Tipo de infección:		Sudores nocturnos	☐	☐
Glaucoma	☐			Osteoporosis	☐	☐
Glándulas inflamadas en el cuello	☐	☐ Pérdida de peso severa o rápida	☐	☐ Micción excesiva	☐	☐
Dolores de cabeza severos/migrañas	☐	☐ Enfermedad de transmisión sexual.....	☐			

Algún médico o dentista anterior le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ ☐

Nombre del médico o dentista que hace la recomendación:	Telefono:
---	-----------

Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que crea que debería conocer?
Explique:

NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de una salud veraz historial y que mi dentista y su personal dependen de esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las consultas establecidas arriba han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizare a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomar debido a errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente/tutor legal	Fecha
--------------------------------	-------

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

Obtener el pago de terceros pagadores.

Llevar a cabo operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos.

He recibido, leído y comprendido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a abordar mis restricciones solicitadas, pero si no está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Me gustaría permitir que las siguientes personas accedan a mi información médica:

X _____

X _____

X _____

X _____

**** Escriba y firme su nombre a continuación INCLUSO si sólo desea que le hablemos directamente.**

Nombre del paciente: X _____

Relación al paciente: X _____

Firma: X _____

Fecha: X _____

Acuerdo Financiero

Gracias por elegirnos para sus necesidades dentales. Estamos comprometidos a brindarle una atención excelente. Nuestros arreglos financieros se basan en una discusión abierta y honesta de las opciones de tratamiento recomendadas, las tarifas respectivas y las capacidades financieras del paciente.

Pago

El pago total se paga al tiempo del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos financieros antes de la fecha de su cita. Las cuentas sin pago de más de 90 días se entregarán a una agencia de cobros de nuestra elección. Las opciones de pago incluyen:

Efectivo, Cheques, VISA, MasterCard, AMEX y Discover

Planes de pago mensual sin intereses a través de CareCredit

Inicial_____

Pago inicial

Se le puede pedir que pague una parte de su visita como depósito al programar el tratamiento.

Inicial_____

Aseguranza

Nuestra oficina está comprometida a ayudar a los pacientes a maximizar sus beneficios. Debido a que las pólizas de seguro varían mucho, podemos **estimar** su cobertura de buena fe, pero **no podemos garantizarla**. Como servicio para nuestros pacientes, estaremos encantados de manejar todos los reclamos dentales hasta dos pólizas de seguro dental y realizar un seguimiento en su nombre. Si tiene alguna pregunta, nuestro amable personal está siempre disponible para responderle. Tenga en cuenta que algunos y posiblemente todos los servicios NO pueden estar cubiertos por su proveedor de seguros. Los servicios que no están cubiertos, degradados o que su compañía de seguros considere que no son médicamente necesarios son su responsabilidad.

Inicial_____

Menores

El pago de los servicios para el tratamiento de menores de edad se puede realizar con cheque, efectivo o tarjeta de crédito y es responsabilidad del adulto que acompaña a ese menor al tiempo del servicio.

Inicial_____

Citas perdidas

Una vez que se ha hecho una cita, ese tiempo está reservado específicamente para usted. Los pacientes que no se presenten a una cita o la **cancelen con menos de 48 horas de anticipación están sujetos a un cargo por cancelación tarde de \$100 dólares**. Es posible que se le solicite hacer un depósito antes de darle otra cita.

Inicial_____

Cargos por servicio

La póliza de esta oficina es cobrar un interés del 2% mensual (24% de porcentaje anual) a todas las cuentas con más de 90 días de atraso. También habrá una tarifa de \$25 por todos los cheques devueltos.

Inicial_____

Consentimiento financiero

El paciente (titular de la cuenta) acepta ser totalmente responsable del pago TOTAL del tratamiento realizado en esta oficina.

Inicial_____

Entiendo y acepto esta Póliza y Acuerdo Financiero

X

Firma del Paciente / Responsable

X

Fecha

Información importante sobre el seguro dental

Comprender la cobertura de su seguro puede resultar bastante complicado. Nuestro objetivo es ayudarle a maximizar sus beneficios. Existen diferencias en la cobertura y los beneficios entre los planes. Hacemos todo lo posible para **estimar** la cobertura para usted, pero en última instancia, el contrato es entre usted y su compañía de seguros.

Nuestra oficina está contratada como proveedor preferido con la mayoría de las compañías de seguros comerciales. Consulte con su compañía de seguros o con uno de los miembros de nuestro equipo de recepción sobre nuestro estado con su compañía de seguros. Le recomendamos que se familiarice con las exclusiones de su póliza, los deducibles y los pagos de coseguro requeridos.

Nuestro servicio de cortesía para usted incluye:

- Presentar su reclamo de seguro hasta dos pólizas dentro de las 48 horas posteriores a su visita y solicitar el pago de sus beneficios de seguro a nuestra oficina.
- Presentar electrónicamente su seguro por un plazo breve, cuando sea posible.
- Estimación de los servicios y beneficios cubiertos.
- Seguir las pautas de la Asociación Dental Americana por procedimientos de codificación y facturación de seguros.

Nuestras expectativas de usted como propietario de la póliza:

- Los pagos de los honorarios no cubiertos por su compañía de seguros deben pagarse en el momento en que se presten los servicios. Inicial _____
- Entender que la póliza de seguro le pertenece a usted y que no tenemos influencia para obtener el pago de su compañía de seguros. Inicial _____
- Reconocer que las pólizas de seguro dental restringen el pago de algunos servicios y excluyen algunos procedimientos basados en condiciones previas o tiempo en el plan, o muchas otras razones enumeradas en su folleto de beneficios. Todas las restricciones se basan en el premium pagada por el seguro, no en nuestros honorarios ni en el tratamiento recomendado. Inicial _____
- Asumir la responsabilidad del pago si la compañía de seguros no paga a nuestra oficina dentro de los **90 días**. Inicial _____
- Si tiene cobertura doble, llame a ambas compañías para coordinar los beneficios y verificar si su seguro tiene una **cláusula de no duplicación de beneficios**. Si es así, familiarícese con las restricciones. Puede recibir un **beneficio reducido** de su seguro secundario. Inicial _____
- Mantenga a nuestra oficina informada sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro o empleo. Inicial _____
- Ser consciente de que algunos y posiblemente todos los servicios prestados NO pueden estar cubiertos por su proveedor de seguros. Los servicios que no están cubiertos, degradados o que su compañía de seguros considera que no son médicamente necesarios son su responsabilidad. Inicial _____

Gracias por su cooperación con la cobertura de su seguro dental. Firme el espacio a continuación y tenga su tarjeta de seguro lista para que la copiemos para nuestro archivo.

Yo autorizo a Oregon Smile Care Center a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi atención dental. Yo autorizo que los beneficios se paguen directamente a Oregon Smile Care Center. Entiendo que las estimaciones que me proporcionó Oregon Smile Care Center con respecto a mi seguro no son una garantía de pago. Soy responsable de cualquier saldo pendiente después de que pague mi seguro.

X

Firma de la paciente / tutor

X

Fecha

Acuerdo de Arbitraje

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente, se resolverá mediante la sumisión a arbitraje, según lo dispuesto por la ley estatal y federal, y no por una demanda o restauración al proceso judicial, excepto cuando la ley estatal y federal disponga una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no se relacione con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta a arbitraje o no, también se determinará mediante la sumisión a arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo obliga a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones que surjan de o se relacionen con el tratamiento o los servicios proporcionados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o cónyuge (s) pasado, presente o futuro del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida del consorcio. Este acuerdo también está destinado a vincular a los hijos del paciente, nacidos o no nacidos, en el momento del hecho que dé lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo está destinado a vincular al paciente y al proveedor de atención médica y / u otros proveedores de atención médica con licencia o pasantes de preceptoría que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras están empleados, trabajando o asociados con o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, sean o no signatarios de este formulario. Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y / o los asociados, asociación, corporación, sociedad, agentes de empleados y patrimonio del proveedor de atención médica, deben ser arbitrados incluyendo, sin limitación, reclamos pérdida del consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: La demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días siguientes. El árbitro neutral será entonces el árbitro único y decidirá el arbitraje. Cada parte del arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una fiesta en beneficio propio.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de dividir las cuestiones de responsabilidad y daños mediante una solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes dan su consentimiento para la intervención y la unión en el arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá en espera del arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de las leyes estatales y federales, cuando corresponda, establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier monto pagadero como beneficio al paciente en la medida máxima permitida por la ley, limitando el derecho a recuperar pérdidas no económicas, y el derecho a tener un juicio por daños futuros conforme a pagos periódicos, se aplicará a las disputas dentro de este Acuerdo de Arbitraje. Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este Acuerdo de Arbitraje.

Artículo 4: Disposición general: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y se prescribirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación, la reclamación, si se afirma en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto legal de limitaciones aplicable, o (2) el reclamante no persigue la demanda de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con una diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales aquí. _____ Efectivo como la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición del Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del Acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

Aviso: Al firmar este contrato, usted acepta que cualquier problema de negligencia médica se decida mediante un arbitraje neutral y renuncia a su derecho a un juicio con jurado o en un tribunal. Ver artículo 1 del contrato.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____