

REGISTRO DE PACIENTES

Gracias por elegir nuestra oficina para ayudarlo con sus necesidades dentales.
Complete el siguiente formulario y tráigalo a su cita.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

_____ <i>Primer nombre</i>		_____ <i>Ultimo Nombre</i>		_____ <i>Fecha de Nacimiento</i>	
_____ <i>Hombre Fémina</i> <i>Sexo Asignado al Nacer</i>		_____ <i>Pronombre Preferido</i>		_____ <i>Si el paciente es menor de edad, nombre del padre o tutor legal.</i>	
_____ <i>Teléfono de Casa</i>		_____ <i>Móvil Teléfono</i>		_____ <i>Trabajo Teléfono</i>	
_____ <i>Dirección de Correo Electrónico</i>					
_____ <i>Dirección Postal</i>			_____ <i>Ciudad</i>		_____ <i>Estado</i>
_____ <i>Código Postal</i>		_____ <i>Método de Contacto Preferido</i>		_____ <i>Nombre del Empleador</i>	
_____ <i>¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?</i>					

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Si no está cubierto por un seguro dental, ingrese su número de Seguro Social. Si está cubierto por un seguro dental, ingrese la información de la persona asegurada y la relación a continuación. Si tiene un seguro dental secundario, ingrese la información del seguro dental secundario en los campos del seguro secundario.

_____ <i>Número de Seguridad Social</i>		_____ <i>Nombre del Miembro Asegurado</i> <i>(si no es uno mismo)</i>		_____ <i>Relación con el Asegurado:</i>								
				<table border="0"> <tr> <td>_____ <i>Uno Mismo</i></td> <td>_____ <i>Niño</i></td> <td>_____ <i>Otro Significativo</i></td> </tr> <tr> <td>_____ <i>Dependiente</i></td> <td>_____ <i>Esposo</i></td> <td>_____ <i>Empleado</i></td> </tr> </table>			_____ <i>Uno Mismo</i>	_____ <i>Niño</i>	_____ <i>Otro Significativo</i>	_____ <i>Dependiente</i>	_____ <i>Esposo</i>	_____ <i>Empleado</i>
_____ <i>Uno Mismo</i>	_____ <i>Niño</i>	_____ <i>Otro Significativo</i>										
_____ <i>Dependiente</i>	_____ <i>Esposo</i>	_____ <i>Empleado</i>										
_____ <i>Nombre del seguro dental primario</i>		_____ <i>ID de miembro del seguro principal</i>		_____ <i>Número de grupo de seguro primario</i>		_____ <i>Fecha de nacimiento del asegurado</i>						
_____ <i>Nombre del seguro dental secundario</i>		_____ <i>ID de miembro del seguro secundario</i>		_____ <i>Número de grupo de seguro secundario</i>								

ACUERDOS FINANCIEROS DE SEGUROS

Existen muchas variables de una aseguradora a otra (es decir, deducibles, máximos anuales, limitaciones de tarifas permitidas, procedimientos no cubiertos y otras restricciones); por lo tanto, no podemos garantizar ningún cargo estimado. Tenga en cuenta que haremos todo lo posible para que reciba todos los beneficios de su compañía de seguros. Por favor reconozca cada una de las siguientes declaraciones haciendo clic en el cuadro adyacente:

Entiendo y acepto que mi póliza y los beneficios son un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Siendo esto cierto, soy responsable en última instancia de todos los cargos.

ACUERDO PARA PAGAR SU COPAGO Y/O DEDUCIBLE

Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales no pagados por mi plan de beneficios dentales, a menos que lo prohíba la ley o el dentista tratante o la práctica dental tenga un acuerdo contractual con mi plan que prohíba la totalidad o una parte de dichos cargos.

AUTORIZAR EL ACCESO A LOS REGISTROS DENTALES CON EL FIN DE PRESENTAR RECLAMACIONES

En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para que usen y divulguen mi información médica protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación con reclamos dentales.

AUTORIZACIÓN A PAGAR DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por la presente autorizo y dirijo los pagos de los beneficios dentales, que de otro modo se me pagarían, a Dr. Ivette Jorge Dental Care.

HISTORIAL DE SALUD DENTAL

Por favor marque la columna **Sí** para cualquier condición aplicable a usted:

<u>Sí</u>	<u>No</u>
	Alta ansiedad por el trabajo dental
	Sensibilidad dental
	Sensibilidad a los dulces o a la presión
	Impactación de alimentos
	Apretar o moler
	Ardor de la lengua
	Hinchazón o bultos en o alrededor de la boca
	Ampollas frecuentes en o alrededor de la boca
	Sonidos inusuales en el oído al comer
	Hábitos orales, es decir, morderse las uñas.

<u>Sí</u>	<u>No</u>
	Mal aliento
	abor desagradable
	Experiencia dental desfavorable
	Complicaciones de las extracciones
	Tratamiento periodontal
	Respiración por la boca
	Consumo de alcohol - Bebidas por semana: _____
	Uso recreativo de drogas - En caso afirmativo, enumere: _____

¿Tiene alguna queja dental?

¿Cuándo te tomaron la última radiografía de boca completa? _____

¿Cuándo fue tu última limpieza? _____

¿Te gusta la apariencia de tus dientes y tu sonrisa? **Sí** **No** **Proporcione cualquier detalle:**

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

- Doy mi consentimiento para los procedimientos dentales y anestésicos necesarios para el tratamiento del pa mencionado anteriormente.
- Acepto asumir toda la responsabilidad por todo el tratamiento prestado.

Firma del paciente (firma del padre o tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

POLITICAS DE PRIVACIDAD Y OFICINA

Primer nombre _____

Ultimo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Reconozca cada una de las siguientes declaraciones de política marcando las casillas:

POLÍTICA DE PRIVACIDAD:

He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que estoy dando mi permiso para que usen y divulguen mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo derecho a revocar el permiso.

POLÍTICA DE CITA:

Cuando nuestra oficina programe su cita, reservaremos una silla dedicada y tiempo solo para ti. Le preguntamos si debe reprogramar su cita, por favor bríndenos un aviso mínimo de 24 horas. Esta cortesía permite reasignar la franja horaria a otro paciente.

Es posible que se le cobre por no presentarse a una cita programada o por no proporcionarnos un aviso de 24 horas. Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas pueden resultar en la pérdida de los privilegios de citas futuras.

Somos una práctica pequeña y apreciamos mucho su cooperación.

POLÍTICA FINANCIERA:

El pago vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Esto incluye estimaciones de seguros, deducibles y copagos para pacientes asegurados. Para una revisión completa de las políticas financieras de la oficina, háganoslo saber y estaremos encantados de proporcionarle más información.

POLÍTICA DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS (opcional pero recomendado):

Dr. Ivette Jorge Dental Care puede comunicarse conmigo electrónicamente utilizando mi dirección de correo electrónico y/o mi número de teléfono móvil a continuación. Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo por parte de terceros que pueden leer correos electrónicos no cifrados. Además, reconozco que soy responsable de proporcionar a la práctica dental cualquier actualización de mi dirección de correo electrónico y/o número de teléfono móvil.

Si estoy de acuerdo, mi método preferido de comunicación es (seleccione uno, seleccione ambos si no tiene preferencia, o no seleccione ninguno si no desea ningún tipo de comunicación electrónica:

Texto - Introduzca el número de teléfono móvil: _____

Correo electrónico - Ingrese la dirección de correo electrónico: _____

Me gustaría recibir (seleccione todo lo que corresponda):

- Recordatorios de citas/Visitas de revisión
- Información sobre seguros/facturación
- Solicitudes de revisiones en línea de satisfacción del paciente

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para las comunicaciones electrónicas o cambiar mis preferencias en cualquier momento llamando o enviando un mensaje de texto al número de la oficina: (602) 274-8181

Firma

Fecha