|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **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 |  |  |
|  |  | Casa: |  |
|  | dirección Línea 2 | Celular: |  |
|  |  |  |  | Otro: |  |
|  | Ciudad | calle | código postal |  |  |
| 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 [ ]  NEn 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 |
| [ ]  Reflujo Acido | [ ]  Bulimia | [ ]  Problemas de Audición | [ ]  Tratamiento Psiquiátrico |
| [ ]  TDAH | [ ]  Cáncer/Maligno | [ ]  Ataque del Corazón | [ ]  Radiación/Quimo |
| [ ]  Sida/HIV + | [ ]  Parálisis Cerebral | [ ]  enfermedades del corazón | [ ]  Enfermedades Respiratoria |
| [ ]  Anemia | [ ]  Drogadicción | [ ]  soplo en el corazón | [ ]  Fiebre Reumática |
| [ ]  Anorexia | [ ]  Varicela | [ ]  Hepatitis | [ ]  Problemas de Sinusitis |
| [ ]  Ansiedad | [ ]  Convulsiones | [ ]  Presión Arterial Alta | [ ]  Derrame Cerebral |
| [ ]  Válvula cardiaca artificiales | [ ]  Depresión | [ ]  Enfermedad Renal | [ ]  Tiroides |
| [ ]  Articulaciones artificiales | [ ]  Diabetes | [ ]  Problemas de Hígado | [ ]  Tuberculosis |
| [ ]  Artritis | [ ]  Mareos/Desmayos | [ ]  Prolapso de la válvula mitral | [ ]  Ulceras |
| [ ]  Asma | [ ]  Epilepsia/Convulsiones | [ ]  Mononucleosis | [ ]  Enfermedades Venéreas |
| [ ]  Autismo/Asperger | ☐ Infecciones de oídos frecuenté | [ ]  Marcapasos |  |
| ☐ Trastorno de Sangrado | ☐ Dolores de cabeza frecuente | ☐ 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): |
| [ ]  Aspirina | [ ]  Codeína | [ ]  Lactosa Intolerancia | [ ]  Pastillas de dormir | [ ]  Nada |  |
| [ ]  Anestesia-local | [ ]  Diario | [ ]  sensibilidad al metal | [ ]  Sulfa |
| [ ]  Barbitúricos | [ ]  Látex | [ ]  Sedación óxido nitroso | [ ]  Penicilina/Otro Antibiótico |
| [ ]  Otro – listado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |

|  |
| --- |
| **informacion de medicinas** |
| Todos los Pacientes: Está tomando alguno de estos medicamentos? (Seleccione todos los que apliquen): | [ ]  Nada |  |
| [ ]  Antibióticos/Sulfa  | [ ]  Antihistamínicos/Alergia | [ ]  Aspirina Diaria | [ ]  Medicina para la Presión |
| [ ]  Anticoagulantes | [ ]  Cáncer/Medicina para la quimo | [ ]  Cortisona/Esteroides | [ ]  Medicina para el corazón |
| [ ]  Insulina | [ ]  Nitroglicerina | [ ]  Anticonceptivos orales | [ ]  Medicina para la osteoporosis |
| [ ]  Drogas Recreacionales | [ ]  Medicamentos para la tiroides | [ ]  Tranquilizantes | [ ]  Medicina para la diabetes |
| [ ]  Medicamentos de venta libre (lista abajo) | [ ]  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**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy permiso para que las siguientes comunicaciones para ser utilizados por Tamiami Dental Center:

 [ ]  Teléfono Móvil: [ ]  recordatorios de mensajes de texto permitidos
 [ ]  Teléfono de Casa [ ]  Trabajo [ ]  Correo Electrónico:

Doy permiso para que Tamiami Dental Center de revelar su identidad al llamar; a cualquier persona que pueda responder

 Mi. Teléfono. [ ] S [ ] N [ ]  Otro (Por favor explique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy permiso para que Tamiami Dental Center para dejar un mensaje en:

 [ ]  Teléfono de Casa [ ]  Teléfono del Trabajo

 [ ]  Teléfono Móvil [ ]  Con cualquier persona que pueda responder al llamar al teléfono de casa o celular
 [ ]  Ninguna de las anteriores (Por favor Explique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me gustaría que la persona (s) siguiente para tener acceso a mi información personal, incluyendo pero no limitado a las citas, el tratamiento y la facturación de mí mismo y de los hijos dependientes mencionados anteriormente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Para uso de la oficina solamente:** |
| Me gustaría que la persona ( s ) siguiente para tener acceso a mi información personal, incluyendo pero no limitado a las citas , el tratamiento y la facturación de mí mismo y de los hijos dependientes mencionados anteriormente :[ ]  El paciente se negó a firmar[ ]  Barreras de comunicación[ ]  Situación de emergencia |
| [ ]  Otros - enumere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**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: \_\_\_\_\_

**El pago se realizará en su totalidad en el momento del tratamiento**

(A menos que los acuerdos hayan sido previamente aprobados)

Yo entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también soy responsable de pagar cualquier co - pagos y deducibles que mi seguro no cubra. Por la presente autorizo ​​el pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro de grupo que me corresponderían a mí. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento dental. Por la presente autorizo ​​la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento de los registros o examen rendido, a mi compañía de seguros.

Entiendo la información anterior es necesario proveer de mí el cuidado dental de una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Si fuese necesaria alguna otra información, tienen mi permiso para pedir al proveedor de atención médica respectiva u organismo que pueda liberar dicha información a usted. Yo notificare al dentista cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona a contactar en caso de emergencia:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 CareCredit Healthcare & Lending Club

* Le permiten pagar con el tiempo
* 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.²

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 ayudarle a obtener la odontología que desea o necesita.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Fecha

Nombre del Paciente (Por favor escriba su nombre)

¹Subjecto a aprobación de crédito

²Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 90 días, usted será responsable del pago de sus cuotas de tratamiento y colección de sus beneficios directamente de su compañía de seguros.