FOREVER **DENTAL**

Información del Paciente

Nombre: _____Nombre preferido: _____

Seguro Social del paciente_____ Fecha de Nacimiento del paciente:_____

Si es menor, nombre del tutor legal: _____ Fecha de Nacimiento del tutor legal: _____

Seleccione todos los que correspondan:

☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Menor ☐Masculino
☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Estudiante ☐Femenino

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Celular: _____# Adicional: _____ # de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

- *Authorizo a Forever Dental para contactarme a través de los siguientes medios:*

☐ Teléfono Celular ☐ Correo
☐ Correo Electrónico ☐ Mensajes de Texto (SMS)

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ # telefónico: _____

Relación al paciente: _____

Persona responsable por la aseguranza / ☐ No cubierto por seguro dental

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Telefónico: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre de la empresa por quien trabaja: _____

Nombre de la Aseguranza: _____

SS# o # de identificación: _____ # del grupo: _____

Algún miembro de su familia nunca ha sido tratado en nuestra oficina? ☐Sí ☐No

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? (circule uno)

Amigo/familiar (nombre): _____ Seguro (que seguro?): _____

Google Yelp Facebook Otros: _____

Yo autorizo pago directo a Forever Dental de parte de los beneficios de mi aseguranza que de otra manera serían pagados directamente a mí. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento. Autorizo a Forever Dental a administrar los medicamentos y a realizar los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos necesarios para un tratamiento dental apropiado. La información en esta página, así como de mi historia médica y dental es correcta en base al mejor de mi conocimiento. Le doy autorización al dentista a compartir mi historia médica y dental así como mi plan de tratamiento con aquellas compañías encargadas de pagar por mi tratamiento dental, así como con otros profesionales médicos.

_____

Firma del Paciente o Tutor **Fecha**

Historia Medica Confidencial

FOREVER **DENTAL**

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento**: _____ **Sexo: M / F**

1. ¿Ha estado bajo cuidado médico en los últimos dos años? ____ Sí ____No

Porque razón: _____

2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o ha sido hospitalizado/a? ____ Sí ____ No

Porque razón: _____

3. ¿Esta usted incapacitado?: ____ Sí ____No

Describa porfavor: _____

4. ¿Fuma o utiliza productos con tabaco? ___Sí ____ No ¿Toma alguna droga ilícita?: ____ Sí ____No

¿Con que frecuencia?: _____

¿Le ha dicho su médico que tiene que tomar antibióticos antes de su cita con el dentista? ____ Sí ____ No

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (marque todos los que apliquen)

☐ Problemas de sangre (anemia)

☐ Sangrado anormal

(Sangrado intenso)

☐ Transfusión de sangre

☐ Problemas del corazón

☐ Soplo cardíaco, defecto del corazón

☐ Marcapasos

☐ Derrame cerebral

☐ Problemas óseos o articulares

☐ Articulación o válvulas artificiales

☐ Presión arterial **alta** o **baja**

(Circule uno)

☐ Tuberculosis u otros problemas pulmonares

☐ Enfermedad del riñón

☐ Hepatitis, Tratamiento:

_____

☐ Enfermedad del Hígado

☐ Diabetes

☐ Convulsiones

☐ Problemas de tiroides

☐ Artritis

☐ Herpes o herpes labial

☐ SIDA o VIH positivo

☐ Cáncer

Tipo: _____

☐ Tumores

☐ Quimioterapia

☐ Terapia de radiación

☐ Endocarditis

☐ Cuidado psiquiátrico

☐ Trasplante de órgano

☐ Dependencia de drogas

☐ Depresión

☐ Asma

☐ Autismo

☐ Desorden hiperactivo y déficit de atención (ADHD)

☐ Otro:

_____

Lista de medicamentos: _____

_____

¿Eres alérgico o has reaccionado negativamente a alguno de los siguientes?

☐ Látex ☐ Codeína u otros narcóticos ☐Otro: _____

☐ Penicilina u otros antibióticos ☐ Aspirina

¿Estás tomando alguno de los siguientes?

Toma de anticonceptivos: ____ Sí ____No Tomando hormonas: ____ Sí ____No

Mujeres: ¿Está embarazada o planea quedar embarazada? ☐ Sí / Fecha: _____ ☐ No

He revisado mi historial de salud y confirmo que indica con precisión las condiciones pasadas y presentes.

Fecha	Cambios	**Iníciales** del Paciente	**Iníciales** del Doctor

La práctica odontológica involucra el tratamiento completo de la persona. Si su dentista determina que pueda haber una situación médica potencialmente comprometedora, se puede necesitar una consulta médica antes de comenzar el tratamiento dental. Yo autorizo a mi dentista a que este en contacto con mi médico.

Nombre del médico familiar: _____ **Número telefónico del médico**: _____

Entiendo que la información dada es necesaria para proporcionarme cuidado dental en una manera segura y eficiente. Reconozco que la información provista es exacta y completa. No responsabilizaré a Forever Dental, al dentista, ni a ninguno de los miembros de este consultorio por algún error u omisión que yo pude haber hecho al llenar este cuestionario.

Firma del Paciente / Tutor Legal **Fecha** **D.D. S.**

Aviso de responsabilidad financiera paciente/aviso de Practicas de Privacidad

Política financiera

Si usted está cubierto bajo alguna aseguranza, nos aseguraremos de hacer nuestro mayor esfuerzo para coordinar su tratamiento de la manera más económicamente efectiva dentro de los límites impuestos por su aseguranza. Al mismo tiempo, también trataremos de minimizar los pagos que queden bajo su responsabilidad.

Usted es responsable de cubrir todos los cargos originados por su tratamiento a menos que nosotros podamos verificar cobertura con su aseguranza y esperemos recibir pagos de parte de una aseguranza válida. La póliza bajo la cual usted está cubierto determina hasta qué punto usted es responsable por cubrir los pagos originados por deducibles, copagos, y servicios no cubiertos por la aseguranza. FD no es responsable por información incorrecta proporcionada a nosotros por su aseguranza, y tampoco somos responsables por problemas ocasionados cuando la compañía para la cual usted trabaja no le provee información incorrecta a su aseguranza a cerca de su estatus laboral. El paciente es responsable por los pagos no cubiertos por la aseguranza.

La cobertura bajo su aseguranza depende de su estatus laboral y de las opciones que usted o su compañía eligieron entre los diferentes planes que su compañía ofrece. FD no puede monitorear todos los requisitos de los cientos de planes ofrecidos en nuestra area. Nosotros dependemos en su ayuda para que nos mantenga informados a cerca de cambios en su cobertura así como proveernos con la información necesaria a cerca de la misma. Dicha información incluye pero no se limita a:

-Cambios relacionados a su estatus laboral o cambios en el estatus de su cobertura bajo su familia.
-Cambios de compañía aseguradora o cambios en los planes ofrecidos por su compañía.
-Pérdida de cobertura o bancarrota por parte de su compañía.

FD puede negarse a tratar a cualquier paciente si el asegurador o el paciente no ha hecho pago.
Hay un cargo de $25 por cheques NSF junto con la cantidad del cheque.

Política de Programación de Citas

Hacemos todos los esfuerzos a través de mensajes de texto, mensaje de voz y correo electrónico para confirmar y recordarle de su cita. **Nos reservamos el derecho de cobrar $35 por cancelaciones de menos de 24 horas y si no se presenta.**

Abuso excesivo de reprogramado o cancelaciones citas puede resultar en descarga de la práctica.

Aviso de prácticas de Privacidad/HIPAA

La ley conocida como “The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996” requiere que los proveedores de servicios de la salud le den a sus pacientes una copia de la póliza que la oficina tiene a cerca del manejo referente a su información personal, así como hacer el mejor esfuerzo para obtener una firma del paciente significando que él o ella recibió dicha información. Al mismo tiempo, el paciente tiene derecho a negarse a firmar de recibido.

Nuestra oficina se comunica con nuestros pacientes a través de mensajes de texto, correo de voz, correos electrónicos y postales. Por favor infórmenos si desea poner alguna restricción a cerca de esto.

¿Hay alguna persona con quien usted nos permita compartir su información dental/medica?
Favor de circular uno: **Sí/No**

Nombre de la persona: _____

Por motivos de seguridad, por favor proporcione la fecha de nacimiento de la persona: _____

☐Ha leído y entendido las políticas anteriores, y estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera total como se describe. Autorizo el pago a FD de beneficios de seguro para las reclamaciones presentadas en mi nombre. Yo autorizo a FD para liberar cualquier información dental médica necesaria para el pago de reclamaciones.

☐Confirmo que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de la oficina.

Firma del paciente: _____Fecha: _____

Nombre: _____