

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio?



Información del Paciente

Nombre: _____ __H__M Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Tel - Celular: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

Mensaje de Texto: __ Sí __ No

Nombre del Responsable: _____ Dirección: _____

SS# Responsable: _____ Teléfono: _____

Nombre Contacto de Emergencia: _____ Tel #1: _____ Tel #2: _____

__ Casado __ Soltero __ Divorciado __ Viudo __ Separado __ Menor

Información del Suscriptor de Seguros

(Por favor entregue la licencia de conducir o la identificación emitida por el estado y la tarjeta de seguro dental al recepcionista para que la fotocopie para su archivo)

Nombre Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección Subscriptor: _____

Empleador: _____ Compañía Seguros: _____

ID#: _____ Grupo#: _____ Tel#: _____

Relación con el Paciente: _____

Historial Médico

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico/especialista? __S__N

Nombre: _____ Tel#: _____

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Ha sido hospitalizado por cirugía o enfermedad grave en los últimos 5 años? __S__N

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Está tomando actualmente medicamentos/suplementos recetados y/o de venta libre?: __S__N

Por favor enumere: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello? __S__N

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Aspirina Acrílico Metales Codeína Joyas Penicilina Anestésicos Dentales Drogas Sulfa Látex

Otro: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Sangrado anormal	Trastorno cardíaco congénito	Cirugía cardíaca/marcapasos	Tratamiento con radiación
Abuso de alcohol/drogas	Diabetes	Hemofilia	Fiebre reumática
Enfermedad de Alzheimer	Dificultad para respirar	Hepatitis A/B/C	Herpes
Anemia	Fácilmente sin aliento	Presión arterial alta	Fiebre sinusal/de heno
Artritis	Enfisema	VIH/SIDA	Accidente cerebrovascular
Articulación Artificial/Válvulas	Epilepsia/Convulsiones	Tos Ronca/Crónica	ITS
Asma	Sed excesiva	Problemas renales	Aumento repentino de peso
Enfermedad en Sangre	Desmayos	Enfermedad hepática	Pérdida repentina de peso
Transfusión de Sangre	Fatiga	Pérdida de apetito	Hinchazón de extremidades
Moretones Fácilmente	Dolor de cabeza frecuente	Presión arterial baja	Problemas de tiroides
Cáncer	Glaucoma	Enfermedad Pulmonar	Tuberculosis
Quimioterapia	Infarto/Dolor en el Pecho	Uso de marihuana	Tumores/Crecimientos
Colitis	Enfermedad del corazón	Salud mental/Psiquiatría	Úlceras
Herpes labial/Ampollas de Fiebre		Soplo en el Corazón	Prolapso de la válvula mitral

¿Usa usted alguna sustancia controlada? __S__N

Mujeres: ¿Está embarazada? __S__N Semanas: _____ ¿Está lactando? __S__N

Anticonceptivos Orales: __S__N

He respondido a todo lo anterior con sinceridad y según mi leal saber y entender.

Firma del paciente/Representante del paciente

Fecha

Historia Dental

Nombre:

Marque cualquiera de los siguientes problemas que apliquen a usted.

- Sensibilidad (Caliente, frio, dulce)
- Dolor de dientes o molestias al masticar
- Dolores de cabeza, dolor de oído, dolor cuello
- Dolor en las articulaciones de la mandíbula
- Dientes o empastes que se rompen
- Rechinar o apretar los dientes
- Encías sangrantes, hinchadas o irritadas
- Dientes flojos, inclinados o desplazados
- Mal aliento o mal gusto en la boca

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- Colocación de prótesis dentales
- Colocación parcial de prótesis dentales
- Frenos
- Tratamientos periodontales (encías)

Por favor indique las siguientes fechas:

Su última limpieza _____ / _____

Su último examen de cáncer oral _____ / _____

Sus últimos rayos x completos _____ / _____

Nombre del dentista anterior:

Ciudad: _____ Estado: _____

Número Telefónico: (____) _____

¿Con qué frecuencia se cepilla?

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?

¿Bebe gaseosas regularmente? ____ S ____ N

En caso afirmativo, ¿cuánto por semana? _____

¿Fuma o usa tabaco/marihuana/vaporizador?

Si Cantidad _____ Tiempo _____

No

Si usted pudiera cambiar su sonrisa:

La tendría más Brillante

La tendría más Alineada

Cerraría los espacios

Reemplazaría los empastes de metal negro por empastes de color de diente

Repararía dientes astillados

Reemplazaría dientes perdidos

Reemplazaría las coronas viejas que no coinciden

Tendría un cambio de imagen de sonrisa

En una escala de 1-10, siendo 10 la calificación más alta:

¿Qué tan importante es su salud dental para usted?

¿Cómo calificaría su salud dental actual?

¿Por qué dejó a su dentista anterior?

¿Qué es lo más importante para usted acerca de su visita al odontólogo?



Cuidado del Paciente y Política Financiera de Aland Family Dentistry

¡Bienvenido a Aland Family Dentistry! Apreciamos que haya elegido al Dr. Aland y a nuestro maravilloso equipo para manejar sus necesidades de salud oral. Nos esforzamos por ofrecer a nuestros pacientes la mejor experiencia posible en nuestro consultorio. En nuestro esfuerzo por servirle mejor, es importante que haya un entendimiento mutuo entre usted (el paciente) y nuestro consultorio (AFD). Por favor revise las siguientes pautas y políticas de nuestro consultorio, y ponga sus iniciales en cada sección como se indica.

Seguro: *(Si no tiene seguro, por favor continúe con la siguiente sección)*

-- Como una cortesía a nuestros pacientes, verificamos la elegibilidad de la cobertura con su compañía de seguros y obtenemos un desglose general de sus beneficios dentales. Cualquier información obtenida será utilizada para proporcionarle una ESTIMACIÓN del costo de su tratamiento. Si bien nos esforzamos por brindar información precisa, las compañías de seguros no proporcionan a AFD detalles específicos para el diseño de su plan, y cualquier estimación proporcionada por nuestra oficina no es una garantía de pago de beneficios. En última instancia, es responsabilidad del paciente entender las limitaciones de nuestro plan de seguro. _____(iniciales del paciente)

-- Los pagos del seguro se reciben normalmente dentro de los 30 a 60 días a partir del momento en que se presenta la reclamación. Si su compañía de seguros no ha hecho el pago dentro de 60 días, le pediremos que usted se ponga en contacto con su compañía de seguros para asegurarse de que se procese el pago. Si el pago no se recibe o su reclamo es negado, en ese momento, usted será responsable de pagar la cantidad completa. Si su compañía de seguros le hace a usted algún pago directo por los servicios facturados por AFD, usted reconoce la obligación de remitir puntualmente el pago a AFD. _____ (iniciales del paciente)

Lineamientos Financieros de AFD:

-- Los honorarios por servicios, que incluyen los saldos no pagados, los deducibles y los copagos, deben abonarse en el momento de la prestación del servicio. Los cheques devueltos están sujetos a cargos adicionales. _____(iniciales del paciente)

-- Dado que somos un consultorio dental privado, no podemos acomodar planes de pago. Aceptamos pagos con MasterCard, Visa, Efectivo, Cheque o Care Credit. _____(iniciales del paciente)

-- Entiendo y acepto que, si no realizo alguno de los pagos a AFD de los que soy responsable, mi cuenta puede ser asignada a una agencia de cobro. Entiendo que, si mi cuenta es asignada a una agencia de cobranza, la AFD puede agregar la cantidad correspondiente a la agencia de cobranza. Entiendo y acepto que en el caso de que se inicie una acción legal para cobrar un saldo pendiente, pagaré todos los costos asociados a dicha acción, incluyendo los costos de la corte y los honorarios razonables de los abogados. _____ (iniciales del paciente)

Política de Citas Perdidas y Cancelación: La hora de su cita está reservada específicamente para usted de acuerdo con el plan del tratamiento. Nos esforzamos por mantener un horario puntual para nuestros pacientes y apreciamos la misma cortesía a cambio. Si usted llega tarde a su cita, por favor comuníquese con nuestra oficina para hacérselo saber. **AFD solicita amablemente que se le notifique con 48 horas de anticipación para alterar su cita programada, incluyendo la cancelación o reprogramación de la misma.** Enviamos

recordatorios de citas a través de un sistema de texto o correo electrónico y requerimos confirmación de que usted vendrá a su visita programada. Si usted prefiere una llamada telefónica para confirmar, por favor notifique a nuestro Coordinador de Atención al Paciente cuando programe la cita. Si usted no confirma su cita dentro de un plazo de 48 horas, estará sujeto a un cargo de cancelación de \$75, por cada hora que esté programada, y usted perderá el tiempo de su cita que se asignará a pacientes de nuestra lista de espera. _____ (iniciales del paciente)

Rayos X y exámenes: Nuestro estándar de atención es mantener en el archivo una serie reciente (no mayor a 36 meses) de rayos X de boca completa (FMX o Pano), de TODOS nuestros pacientes. Además, el Dr. Aland y el Dr. Davis realizarán una Evaluación Oral Completa a todos los pacientes nuevos, o a un paciente al que se le esté reestableciendo la atención; Evaluaciones Orales Periódicas cada 12 meses para los pacientes que asisten regularmente; y Evaluaciones Orales Limitadas -- Problema focalizado a pacientes que requieren cuidado de emergencia. Si usted tiene seguro médico, estos servicios pueden caer bajo un nivel de beneficios diferente al de los procedimientos preventivos regulares, y/o pueden estar sujetos al deducible de su plan. Es su responsabilidad conocer los beneficios que su plan de seguro permite para estos servicios. A todos nuestros pacientes -- apreciamos su comprensión de que el Dr. Aland y su equipo no pueden diagnosticar y/o tratar adecuadamente su salud oral sin tomar estas radiografías y realizar exámenes exhaustivos. ____ (iniciales del paciente).

Política de atención al paciente: Requerimos que nuestros pacientes firmen planes de tratamiento reconociendo que las opciones de tratamiento, incluyendo los honorarios usuales y acostumbrados, las estimaciones de seguro y los valores estimados de los pacientes, le hayan sido explicados a usted para todos los servicios prestados por el Dr. Aland y su equipo. Le proporcionamos una copia de este reconocimiento para sus archivos y de este formulario, incluyendo la firma, es la documentación con la que usted entiende el costo asociado con su tratamiento recomendado. La firma de este formulario no le obliga a completar el tratamiento, sin embargo, si usted elige programar lo recomendado, le sirve como un acuerdo de que usted honrará su compromiso financiero con el Dr. Aland y su equipo para la prestación de los servicios, como se indica en nuestras directrices financieras. _____ (iniciales del paciente)

-- Los pacientes adultos son responsables del pago completo en el momento en que se prestan los servicios. El adulto que acompaña a un menor, y/o el padre o tutor del menor son responsables del pago completo. _____ (iniciales del paciente)

-- Los menores no acompañados deberán presentar un formulario de autorización firmado, que se puede encontrar en nuestro sitio web en: www.AFDreno.com/patient-forms. El tratamiento que no sea de emergencia será negado a menos que el pago de los servicios haya sido previamente autorizado a través de Visa, Mastercard, Efectivo, Cheque o Care Credit en el momento en que se presten los servicios. Los niños menores de 14 años no pueden quedar desatendidos durante las citas y nos reservamos el derecho de rechazar el tratamiento a los menores que no tengan un formulario de autorización firmado en su poder. Además, a la parte responsable registrada se le cobrará un cargo de cancelación de \$75 si un menor llega a una cita sin la representación o autorización adecuada. _____ (iniciales del paciente)

Formulario de divulgación de información personal de salud (*PHI)

Yo _____ (por favor escriba su nombre completo), en nombre mío o de mi hijo menor de edad, _____ (nombre del niño/menor), por la presente autorizo a Aland Family Dentistry a compartir la *Información Protegida de Salud (Protected Health Information) (*PHI)* con las entidades listadas a continuación. Yo entiendo que ellos tendrán acceso completo a la cuenta y a los registros de tratamiento, además de toda la información personal en los archivos tanto digitales como físicos, a menos que yo indique lo contrario en este formulario. También estoy de acuerdo en que ellos tienen la autoridad para hacer cambios a la información personal y de

seguro, así como la capacidad de solicitar copias de los registros digitales y/o físicos, a menos que se indique lo contrario.

Por favor, escriba en letra imprenta el nombre completo y la fecha de nacimiento de las personas autorizadas a acceder a su *PHI

Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Otro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No autorizo la liberación a nadie.

Consentimiento General: Yo, el paciente abajo firmante (padre/tutor de un paciente que es menor de edad o incapaz de dar consentimiento legal, autorizo al Dr. Aland y/o a sus higienistas donde sea permitido por el estado aw, a realizar un examen intra-oral de mis dientes, así como de los tejidos orales duros y blandos. Además, consiento en permitir al Dr. Aland y/o sus higienistas donde sea permitido por la ley estatal, a realizar un examen de la cabeza y el cuello con el entendimiento de que la palpación (contacto) de la cabeza, la cara y el cuello es necesario para realizar adecuadamente este examen. Después de recibir una explicación sobre la necesidad de realizar esto, este consentimiento también le da al Dr. Aland, así como a cualquiera de sus asociados, higienistas o asistentes dentales donde sea permitido por la ley estatal, consentimiento para realizar lo siguiente: Radiografías de rutina (rayos X) o imágenes, limpieza general de dientes, sondeo periodontal (tejido de las encías), aplicación de fluoruro tópico, impresiones para moldes de estudio, y/o detección de cáncer oral. _____ (iniciales del paciente)

Al firmar a continuación, autorizo a AFD a contactarme por texto, correo electrónico o teléfono, tal como se indica en mi perfil de información de paciente para cualquier propósito legal. AFD no se hace responsable de las tarifas o cargos en los que yo pueda incurrir por el uso del teléfono, correo electrónico o celular como resultado de la comunicación. Al firmar a continuación, reconozco que he leído las políticas y directrices de AFD en su totalidad y que estoy de acuerdo en cumplirlas tal y como están descritas.

Nombre del paciente _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del representante o tutor legal _____

Relación con el Paciente _____ Fecha _____

Aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (The Health Insurance Portability & Accountability Act) (HIPAA) es un programa federal que solicita que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente que se utilice o divulgue por nosotros en cualquier forma se mantengan debidamente confidenciales. Aland Family Dentistry (AFD) se esfuerza por cumplir completamente con la HIPAA y siempre protegerá su información personal como si fuera nuestra. El aviso adjunto describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y revelada por AFD, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea esta sección cuidadosamente. En cualquier momento, usted puede solicitar una copia de este acuerdo.

He revisado toda la información de cumplimiento de AFD y entiendo que AFD cumplirá con los lineamientos de HIPAA.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del representante o tutor legal _____

Relación con el Paciente _____ Fecha _____

-- Fin del documento --