

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Tómese unos minutos para completar este formulario lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle.

Información del Paciente

PERSONAL

Nombre y Apellido _____ Seg. Inicial _____ Nombre Preferido: _____
 Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social# _____
 Genero: Hombre Mujer Casado/a: Si No
 Teléfono Móvil# _____ Teléfono de Casa# _____ Teléfono del Trabajo# _____
 Correo Electronico: _____
A quien podemos agradecerle por recomendarlo/a ? _____

Personal Responsable & Domicilio

Marque la casilla si es igual para toda la familia

Persona responsable de la cuenta: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio _____

Domicilio 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Póliza de Aseguranza 1

Su relación con el suscriptor de aseguranza Yo Esposo/a Hijo/a

Nombre del Suscriptor _____ Numero de ID # _____

Compañía de Aseguranza _____ Número de Teléfono _____

Empleador/a _____ Nombre del Grupo _____ Grupo # _____

Por Favor presente la tarjeta de seguro a la recepcionista

Póliza de Aseguranza 2

Su relación con el suscriptor de aseguranza Yo Esposo/a Hijo/a

Nombre del Suscriptor _____ Numero de ID # _____

Compañía de Aseguranza _____ Numero de Telefono _____

Empleador/a _____ Nombre del Grupo _____ Grupo # _____

Historial Médico del Paciente

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de su Médico : _____ Ciudad/ Estado: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono # _____

Relación : _____

Lista de medicamentos que está tomando ahora:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Es alérgico/a a alguno de los siguientes? *Marque todo lo que corresponda*

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anestético | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Iodine / Yodo |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Metales | <input type="checkbox"/> Otro/a: _____ |

Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas? *Marque todo lo que corresponda*

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problema de Sangrado | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Problema Sinusal | <input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Otro/a: _____ |

Consumo Tabaco? Si es así, que tipo y cuanto ? _____

Tiene reacción inusual a las inyecciones dentales? _____

Motivo de la visita de hoy _____ Está adolorido/a? _____

Otras preocupaciones no mencionadas: _____

Firma del Paciente, Padre o Tutor: _____ Fecha: _____



Acuerdo Financiero

Financiero:

_____ (inicial) Aceptó pagar los honorarios cobrados por los servicios dentales proporcionados por el dentista o su cesionario en el momento en que se presten los servicios. Se cobrará un cargo por servicio del 1.5% por mes (18% anual) sobre cualquier saldo impago que exceda los sesenta (60) días a partir de la fecha del servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos financieros. Si se mantiene un saldo en mi cuenta durante más de noventa (90) días, se transferirá a una agencia de cobranza. Estoy de acuerdo en pagar el saldo restante más honorarios razonables de abogados, costos judiciales y una tarifa de cobro del 40% si no se realiza el pago completo de los cargos incurridos. Autorizo la divulgación de información financiera identificable sobre mi cuenta, incluyendo los cargos facturados, los pagos realizados y los cargos por intereses evaluados, etc. a la agencia de cobranza del dentista o al abogado de cobranza si los procedimientos de cobranza como se describen son necesarios. Este acuerdo reemplaza a todos los acuerdos anteriores firmados, incluyendo todos los acuerdos de mediación o arbitraje. Reconozco que cualquier acuerdo previo de mediación o arbitraje firmado previamente relacionado con arreglos financieros o calidad de atención es nulo y sin efecto..

Seguro Dental:

_____ (inicial) Como cortesía aceptamos la asignación de beneficios para el seguro primario y secundario. Es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina información completa y precisa sobre seguros o facturación al momento del servicio. **Nuestra oficina no puede garantizar el monto que pagará una compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros y no somos parte de este contrato.** Las disputas con las compañías de seguros son responsabilidad del asegurado. No tenemos control sobre los términos de su contrato, los métodos de reembolso o la determinación de los beneficios. Usted acepta ser responsable del pago de todos los servicios prestados a usted o su familia. Usted es responsable de pagar su parte estimada cuando se presten los servicios. **Cualquier monto no cubierto por el seguro o cualquier diferencia en la porción estimada es responsabilidad del padre o tutor..**

Autorizo al dentista o sus designados a divulgar información de identificación financiera y descripciones de tratamiento e información, ya sea electrónicamente, por fax o en papel, a mi compañía de seguros o cualquier otra entidad que requiera que se envíe dicha información.

Cita Programada:

_____ (inicial) Entiendo que las citas son un acuerdo y soy responsable de mantener todas las citas programadas. **Si por alguna razón no puedo asistir a una cita, debo avisar a la oficina con al menos 24 a 48 horas hábiles de anticipación. Cualquier cita perdida sin aviso incurrirá en una tarifa de \$25.** Las citas de sedación que se pierdan incurrirán en una tarifa de hasta \$100. También entiendo que si llego tarde a una cita, es posible que deba re-programarse para un día diferente. Soy consciente de que si no voy a una cita, se me cobrará una tarifa de cita rota. Entiendo y acepto pagar la tarifa de reprogramación, si pierdo una cita, si llego demasiado tarde o si no le doy el aviso correspondiente.

Entendemos que existen circunstancias que pueden impedir que cumpla con su cita, le pedimos que nos avise con anticipación. Por lo menos 24-48 horas..

He leído y entiendo las políticas anteriores y estoy de acuerdo en cumplir como se describe.

Nombre : _____

Firma del Paciente, Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Políticas de Privacidad

Contacto:

Por la presente, doy mi consentimiento para ser contactado por teléfono en cualquier número de teléfono (incluyendo, entre otros, números de teléfono celular) proporcionados por mi o cualquier persona asociada conmigo o que actúe en mi nombre a Swan Smiles. Entiendo y acepto que tales llamadas pueden ser iniciadas por Swan Smiles o cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas o cesionarios, incluidas entre otras, las compañías de facturación y/o agencias de cobro de terceros, y que los métodos de contacto puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados y/o el uso de un dispositivo de marcado automático y/o el uso de mensajes de texto, algunos de los cuales pueden generar cargos por datos. También doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos en cualquier dirección de correo electrónico proporcionada por mi o cualquier persona asociada a mi o que actúe en mi nombre. Doy mi consentimiento para que cada uno de estos métodos de contacto se utilice para contactarme / informarme sobre citas, asuntos financieros y otros asuntos diversos.

Consentimiento para proceder

Autorizo a Swan Smiles y/o los asociados que él designe para realizar los procedimientos que sean necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental. Incluyendo, entre otros, oxido nitroso, anestesia general y todos aquellos relacionados con el tratamiento restaurativo, paliativo, terapéutico o quirúrgico. Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción externa o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, moretones, estimulación cardíaca y entumecimiento temporal o raramente permanente y dolor muscular. Asumo voluntariamente todos y cada uno de los posibles riesgos, incluido el riesgo de daños sustanciales y graves, si los hay, que pueden estar asociados con procedimientos de tratamiento generales, preventivos y operativos con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que no se pueden lograr para mi beneficio. Reconozco que me han explicado la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores y me han dado la oportunidad de hacer preguntas.

*Si la persona mencionada anteriormente es un menor de edad, es mi responsabilidad, entiendo que se aplica lo anterior también.

Foto de consentimiento del Paciente

Por lo presente autorizo a Swan Smiles & Orthodontics/ Nephi Smiles & Orthodontics o cualquiera de sus asignados a tomar fotografías, diapositivas y videos. Entiendo que las fotografías, diapositivas y videos se utilizaran como un registro de mi salud , y se pueden usar para la comunicación con otros profesionales de la salud, publicaciones educativas (revistas dentales) y conferencias educativas. El contenido también se puede utilizar con fines publicitarios (incluida la publicación en el sitio web, facebook, instagram, etc).

Además, entiendo que si las fotografías, diapositivas y videos se utilizan en alguna publicación o como parte de una demostración, mi nombre o otra información de identificación no se utilizara. No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estos registros.

Por favor Inicia:

Doy consentimiento de que mis registros se usen en alguna de las situaciones mencionadas

No deseo que se muestre mi cara

No deseo que se use mi foto en absoluto

He leído y entiendo las políticas anteriores y estoy de acuerdo en cumplir como se describe.

Nombre (Por favor imprima) _____

Firma del Paciente, Padre o Tutor _____

_____ Fecha



Formulario de Consentimiento del Paciente de Conformidad con HIP

SECCIÓN I: PERSONA QUE AUTORIZA EL CONSENTIMIENTO DE HIPAA

NOMBRE del PACIENTE/PADRE/GUARDIÁN : _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE(S):

SECCIÓN II: LEA DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito del Contenido: Al firmar este formulario, aceptará el uso y divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea detenidamente y por completo antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá cualquier cambio. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información médica protegida que mantenemos.

Derecho a Revocar: Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante la notificación por escrito de su revocación. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna medida que tomemos en dependencia de este Consentimiento antes de que recibamos su revocación y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

SECCIÓN II AUTORIZACIÓN

Autorizo a Nephi Smiles & Orthodontics divulgar o discutir la siguiente información:

- Citas Sí / No
- Cuentas / Saldos Sí / No
- Seguro Sí / No
- Tratamiento Sí / No

En caso afirmativo, enumere las personas autorizadas para recibir su Información de atención médica protegida:

Nombre completo _____ **Relación** _____

Nombre completo _____ **Relación** _____

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para utilizar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

nephi smiles & orthodontics

FIRMA: _____

FECHA: _____