



1842 Rye Road East, Bradenton FL 34212

941-253-2300

3Ddentistry.co

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

(Último)

(Primero)

(Inicial del medio)

Nombre preferido: _____ F _____ M _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____

¿A quién podemos agradecer por su referencia / ¿Cómo se enteró de nuestra oficina?: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿CON QUIÉN PODEMOS CONTACTAR?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Nombre del titular de la póliza: _____
(Último) (Primero) (Inicial del medio)

Relación con el paciente: (cónyuge, padre, etc.) _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Nombre del plan de seguro: _____ Numero de teléfono _____

ID#: _____

Política Financiera

Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.

Como cortesía para usted, le ayudaremos a procesar todas sus reclamaciones de seguro. Por favor, comprenda que le proporcionamos una estimación de seguro, sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará exactamente como se estima. Su compañía de seguros y los beneficios de su plan determinarán la cantidad pagada. Por supuesto, haremos todo lo que podamos para asegurarnos de que su estimación sea lo más precisa posible. Si su compañía de seguros no ha hecho el pago dentro de los 60 días, le pediremos que se comuniquen con su compañía de seguros para asegurarse de que se espera el pago. Si no se recibe el pago o se deniega su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento.

Le pedimos que firme este formulario y / o cualquier otro documento necesario que pueda ser requerido por usted es su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina.

Le pedimos que pague el deducible y el copago, que es la cantidad ESTIMADA, NO cubierto por su compañía de seguros en el momento en que le proporcionamos el servicio.

Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que pueden ayudar en el reclamo que se paga. Nuestra oficina, sin embargo, no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

Le agradecemos la oportunidad de servir a sus necesidades de atención médica dental y damos la bienvenida a cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su atención o nuestra política financiera.

___ He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad del pago de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes es mía, debida y pagadera en los momentos en que se prestan los servicios a menos que

se hayan hecho arreglos financieros. Además, entiendo que un cargo de finanzas, refacturación, cobro y / o honorario de abogado se agregará a cualquier saldo vencido.

Al firmar a continuación, nos autoriza a llamarlo a cualquier número que proporcione, incluidas las llamadas a dispositivos móviles / celulares o similares para dicho número, sin reembolso por nuestra parte.

Firma del paciente, padre o tutor (parte responsable): _____

Relación con el paciente: _____

Nuestra oficina requiere 48 horas hábiles antes de la cancelación. Habrá una tarifa de \$ 25.00 que se cobrará al paciente por citas rotas.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE HIPPA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA, por sus siglas en inglés) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPPA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003.

Qué implica HIPPA: Específicamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información médica protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para proporcionarle servicios de oficina. HIPPA le proporciona ciertos derechos y protección como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en www.hhs.gov.

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique la condición de un paciente o información que no sea ya una cuestión de registro público. Proporcionar atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de exámenes, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de oficina. Usted acepta los procedimientos utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos de información.
2. Podemos realizar una llamada de cortesía o enviar un mensaje de texto de cortesía o correo electrónico al número de teléfono o dirección de correo electrónico que enumeró en su archivo con respecto a su cita. Es posible que le enviemos otras comunicaciones informándole de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que puedan resultarle valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPPA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o el médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos. Bienes, o servicios.
7. Acordamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su PHI y de solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para ajustarnos a su solicitud.

****En general, las reglas de privacidad de HIPPA dan a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). También se le proporciona a la persona el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que se realice una comunicación de PHI por medios alternativos, como el envío de correspondencia al hogar de las personas.**

¿Con quién podemos discutir el tratamiento, el pago y la información de la cita? (por ejemplo, cónyuge, hijos, amigos cuidadores)

Nombre: _____

Por la presente consiento y reconozco mi acuerdo establecido en el Formulario de Información de HIPPA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

fecha de _____ Firma _____

HISTORIA MÉDICO-DENTAL

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones:

anemia	enfermedad cardíaca
angina	Cirugía del corazón
Artritis/Reumatismo	Hepatitis o ictericia
Articulaciones artificiales	Presión arterial alta
asma	VIH/SIDA
enfermedad autoinmune	nefropatía
Enfermedad de la sangre	Enfermedad hepática
Cáncer o tumores	Presión arterial baja
Quimioterapia o radiación	Condiciones psicológicas
colesterol	Preocupaciones neurológicas
Diabetes	osteoporosis
Mareos/Desmayos	marcapasos
Trastorno de la alimentación	Premedicación (reemplazo de articulaciones/afección cardíaca)
endocarditis	Problemas respiratorios
Ganglios linfáticos agrandados	apnea del sueño
Epilepsia o convulsiones	Llagas curativas lentas
Sangrado excesivo	Problemas estomacales
glaucoma	Golpe
Fiebre del heno/Alergias/Sinusitis	Abuso
Lesiones en la cabeza	Enfermedad tiroidea
Inquietudes auditivas	tuberculosis
infarto	Virus del herpes/enfermedad venérea

- Anestésico Local
- Codeína / Valium / Otros sedantes
- Aspirina / Tylenol / Ibuprofeno
- OTROS: _____
- ninguno

mujeres:

- Píldoras anticonceptivas
- Embarazada/Tratando de quedar embarazada
- enfermería

¿Alguna vez te han tratado con medicamentos bifosfonatos? (ej.: Fosamax, Boniva, Actonel; para Osteoporosis, Paget's o Cáncer)

- Sí
- No

¿Ha tenido una enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos 5 años?

- Sí _____
- No

¿Usted usa tabaco?

- Sí, Tipo (fumar, masticar, pipa)? _____
 ¿Cuánto/día? _____
 ¿Durante cuántos años? _____
- No

¿Está bajo el cuidado de un médico?

- Sí, Razón: _____
- No

Fecha del último examen de salud: _____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

¿Consumes alcohol?

- Sí (¿cuántas bebidas/semana?) _____
- No

¿Usas alguna droga que altere el estado de ánimo que no sea la mencionada anteriormente?

- Sí (nombre) _____
- No

¿Se requiere premedicación? SÍ / NO

(si tiene antecedentes de reemplazo articular / endocarditis / cirugía cardíaca)

paciente: _____

Cuál es su presión arterial normal: _____/_____

Por favor, enumere todos los medicamentos (prescripción, vitaminas, suplementos herbales, OTC tomados rutinariamente:

(Por favor incluya dosis, si es posible, y la razón para tomar)

¿Está tomando anticoagulantes?

- Sí
 No

Para uso de Office:

Presión arterial: _____/_____

Pulso: _____

Por favor, compruebe cualquiera de las siguientes condiciones que se aplican a usted:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado, encías hinchadas o irritadas <input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal/encías <input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Dientes sueltos, inclinados y cambiantes <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío, calor o dulce <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la presión, sensibilidad a la mordedura <input type="checkbox"/> Dientes rotos/empastes <input type="checkbox"/> cefaleas <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula (ATM) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Articulación de la mandíbula (ATM) haciendo clic / haciendo estallar <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o cerrar <input type="checkbox"/> Molienda o apretón <input type="checkbox"/> Dolor muscular (cabeza/cuello/hombros) <input type="checkbox"/> Antecedentes de traumatismo craneoencefálico/dental <input type="checkbox"/> Mala mordida <input type="checkbox"/> Dientes desgastados/dientes planos <input type="checkbox"/> Dientes torcidos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espacios <input type="checkbox"/> Dientes deformados <input type="checkbox"/> Respiración bucal <input type="checkbox"/> xerostomía <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar a ambos lados <input type="checkbox"/> Dientes descoloridos <input type="checkbox"/> Sensibilidad al ruido <input type="checkbox"/> Malas experiencias dentales <input type="checkbox"/> Ansiedad/miedo (dentistas, agujas, etc.)
--	---	--

Fecha de la última limpieza dental:
 última prueba de detección del cáncer oral:
 último examen dental:
 últimas radiografías completas:
 número de teléfono del dentista anterior:
 ¿por qué dejaste el dentista anterior?

Certifico que las respuestas dadas son verdaderas y completas a mi mejor conocimiento.

Signatura _____

Fecha: _____