

**Patient Information:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ Casado: \_\_\_\_\_ Soltero: \_\_\_\_\_ Menor: S/N

SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # Licencia de conducir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ codico postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo# : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Célular#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La mejor forma de contactarte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia que nos visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo supiste de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si es referido por alguien, a quien podemos agradecer por la remisión?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del padre/guardián (si el paciente es menor de edad):**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# Licencia de conducer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Codico Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo# :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Célular#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del seguro dental (primaria):**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # del grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificación del asegurado #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación del paciente con el titular de la póliza: Yo \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**Información del seguro dental (secundaria):**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # del grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificación del asegurado #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación del paciente con el titular de la póliza: Yo \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Te gusta tu sonrisa? Si/No ¿Qué, si acaso, cambiarías de tu sonrisa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_100

¿Por qué has venido al dentista hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente en el dolor? Si/No ¿Te sangran las encías ? Si/No ¿Cuántas veces al día te cepillas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene ahora o ha experimentado alguna vez dolor/malestar en la mandíbula (TMJ)? Si No

¿Alguna vez ha tenido problemas con el tratamiento dental? Si No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentista anterior o consultorio dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuando fue la última visita dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fuma o usa tabaco de mascar? Si/No Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿con qué frecuencia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mujer:** ¿Está usted o podría estar embarazada? S/N ¿Está amamantando? S/N Tomado anticonceptivos orales? S/N

**¿Está usted actualmente siendo tratado por o alguna vez ha sido tratado por cualquiera de los siguientes? Marque todos los que correspondan:**

 Artritis Cáncer/ quimio Ataque cardíaco / Accidente cerebrovascular Cualquier implante / Trasplante

Fiebre reumática Válvula/empalme artificiales Diabetes Soplo cardíaco Problemas de riño Dolores de cabeza severos

 Asma Abuso de drogas y alcohol Cirugía de corazón Presión arterial baja Problemas sinusales

Autismo Epilepsia / convulsiones Hepatitis Prolapso de la válvula mitra Problemas tiroideos

Hematoma fácilmente Sangrado excesivo Alta presion sanguínea Marcapasos Tuberculosis

Transfusión sanguínea Glaucoma HIV/AIDS Cuidado psiquiátria

Por favor, enumere cualquier condición médica no mencionada anteriormente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Eres alérgico a cualquiera de los siguientes? POR FAVOR CIRCULAR SÍ o NO PARA CADA UNO.**

Látex: S/N Penicilina: S/N Aspirina: S/N Eritromicina: S/N Codeína: Y/N

Tetraciclina: S/N Ibuprofeno: S/N Tylenol: S/N Sulfa: S/N Anestésicos dentales: S/N

Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entiendo que la información que he dado hoy es correcta según mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.Patient Signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del padre / tutor (si el paciente es menor de edad):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Nuestra oficina está comprometida a brindarle la mejor atención posible. Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

**Seguro**

• Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su empleador y /o proveedor de seguros. No somos parte de ese contrato; sin embargo, nos complace servir como enlace y presentar su reclamo a su compañía de seguros por usted.

• Si está cubierto por uno de nuestros planes de seguro aceptados, requerimos una tarjeta de crédito registrada. El paciente será responsable de pagar el porcentaje de las tarifas establecidas por su compañía de seguros en el momento del servicio. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro del (1) estado de cuenta de facturación, usted será responsable del saldo restante en el que cargaremos su tarjeta en el archivo.

• Tenga en cuenta que algunos, y quizás, todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos y no se consideran razonables y habituales según los términos de su póliza de seguro. Nuestra práctica está comprometida a recomendar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, independientemente de la cobertura. Cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales de cualquier compañía de seguros.

• La información de su seguro debe presentarse en el momento en que se brindan los servicios. Las reclamaciones de seguros no pueden ser retroactivas. Como recordatorio, todas las tarifas se deben pagar al momento del servicio.

• Los cheques que se devuelven a nuestra oficina desde su institución financiera están sujetos a un cargo por cheque devuelto de $ 35.00.

• Si se envía a colecciones, acepto pagar todos los honorarios relacionados y los costos judiciales.

**Política de cancelación y reprogramación.**

Cuando programamos una cita, esa hora está reservada únicamente para usted y hacemos todo lo posible por atenderlo a tiempo por este motivo, le pedimos que llegue unos minutos antes de la hora programada. Si llega tarde, puede ser necesario reprogramar su visita.

• Entiendo que se requieren depósitos para reservar una cita a las 4 pm y más tarde para las citas entre semana y Sábados. También requerimos un aviso de 48 horas para cancelaciones que nos permita tiempo suficiente para contactar a otro paciente de nuestra lista de espera para completar el espacio para la cita. Si no recibimos un aviso de 48 horas, nos reservamos el derecho de cargar en su tarjeta de crédito un cargo por cita perdida de $ 50.00 a $ 100.00

• Las tarifas de citas perdidas deben pagarse antes de futuras visitas a la oficina.

He leído, entiendo y acepto la política.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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



Acuerdo de política financiera

Tenemos una nueva política financiera que se aplica a TODOS los pacientes dentro y fuera de la red. Ahora requerimos una tarjeta de crédito archivada para que tenga una cosa menos de qué preocuparse y nos permite cargar su tarjeta archivada por cualquier copago, saldo, depósito y cargo por cancelación.

Cuando se encuentre en situaciones en las que su proveedor de seguros pague su parte y lo deje responsable por el saldo restante, será responsable de enviar este pago dentro de los 5 días hábiles a partir de la recepción del (1) estado de cuenta. Si no se recibe ningún pago, su pago se cargará a la información de su tarjeta de crédito archivada en Pilsen Smiles y se procesará por el saldo de su cuenta.

**Información de tarjeta de crédito:**

**Nombre del titular de la tarjeta: ­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_**

**tipo de tarjeta: \_\_ M/C Visa Care Credit \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero de tarjeta: fecha de exp: CVC:**

**Firma autorizada: fecha:**

**Nombre del paciente (s):**

Por la presente autorizo a Pilsen Smiles a facturar la tarjeta de crédito que he proporcionado anteriormente para que permanezca en el archivo por los servicios prestados, y acepto tomar todas las medidas adicionales necesarias para pagar los cargos en su totalidad y cumplir con las obligaciones establecidas en mi contrato con mi tarjeta de crédito editor.

He leído, entiendo y acepto la política.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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



HIPAA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

  Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

 Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho con respecto a su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

 El paciente entiende que:

* La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
* La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
* La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
* El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la Práctica no tiene que aceptar las restricciones.
* El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
* La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.
* El paciente reconoce que ha recibido una copia de nuestro folleto de prácticas de HIPAA.

El consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente(si no es paciente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO A LA FOTOGRAFIA DENTAL

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

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autorizo / No autorizo) Pilsen Smiles toma fotografías y / o videos de mi cara, mandíbulas y dientes, antes, durante y después del tratamiento.

Doy mi consentimiento para permitir el uso de las fotografías para los siguientes:

o registros dentales

o investigación dental

o Educación dental que incluye conferencias, seminarios, publicaciones profesionales como revistas o libros.

o Publicación en línea del foro dental.

o Material de marketing, incluidos sitios web y material impreso, educación del paciente.

o redes sociales

o Álbum de fotos “Antes y después”

Las fotos / videos mostrarán: CARA COMPLETA / BOCA

Además, entiendo que si se usan las fotografías y / o los videos, mi nombre u otra información de identificación se mantendrán confidenciales (aparte de si se usan fotografías cara completa).

Firma (Paciente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (Dentista): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_