



INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ Menor de edad? Si No

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) ____/____/____ Masculino Femenino

Direccion: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono del Hogar: _____ Telefono Celular: _____

Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____

Algun otro miembro de la familia a sido visto en esta oficina? Indique el nombre del paciente:

INFORMACION DEL PADRE/MADRE (SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD):

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) ____/____/____ Masculino Femenino

Direccion: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono del Hogar: _____ Telefono Celular: _____

INFORMACION DEL SEGURO:

Nombre del Seguro: _____ SS/ID #: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Empleador: _____

Relacion con el Paciente: _____

MUJERES: Esta embarazada o hay probabilidad de que lo este? Si No Cuantos Meses? _____

Esta dando de lactar? Si No Toma tabletas anticonceptivas? Si No

En este momento padece o a padecido de estas enfermedades? Porfavor circule todas las que apliquen:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Anemia | Tratamientos con cortisona | Dolor mandibular | Tuberculosis |
| Artritis, reumatismo | Tos persistente o Sangrienta | Enfermedad hepática | VIH/SIDA |
| Válvulas cardiacas artificiales | Diabetes | Enfermedad renal | Apoplejía |
| Asma | Epilepsia | Prolapso de válvula mitral | Herpes |
| Autismo | Desmayos | Marcapasos | Ulcera |
| ADHD | Glaucoma | Radioterapia | Síndrome de Down |
| Problemas lumbares | Dolores de cabeza Severos | Enfermedad respiratoria | |
| Enfermedad sanguínea | Soplo Cardiaco | Fiebre reumática | |
| Cáncer | Hepatitis Tipo _____ | Fiebre escarlata | |
| Dependencia de fármacos | Problemas de tiroides | Dificultad para respirar | |
| Quimioterapia | Presión sanguínea alta | Quimioterapia | |
| Problemas cardiacos | Presión sanguínea baja | Articulaciones artificiales | |

Otro: _____

Es alergica/o a cualquiera de los siguientes? PORFAVOR CIRCULE SI o NO PARA CADA UNO:

Latex: Si o No Penicilina: Si o No Aspirina: Si o No Sulfa: Si o No

Anesteticos Dentales : Si o No

Algún otro? _____

Porfavor indique todos los medicamentos que esta tomando en este momento:

Entiendo que la informacion que eh proveido el dia de hoy es correcta. Entiendo que al proveer informacion incorrecta puede ser peligrosa para mi salud medica. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estatus medico.

Firma del Paciente o del Padre/Madre/Representante Legal, si el paciente es menor de edad:



_____ Fecha: _____



REGLA GENERAL HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: _____

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.



Por favor, **ESCRIBA** su nombre aquí

Por favor, **FIRME** con su nombre aquí

Representante Legal

Descripción de la Autoridad

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

Sólo primer nombre _____ Apellido propio _____ Otro _____

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD: (Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

Era un tratamiento urgente: _____

No pude comunicarme con el paciente: _____

El paciente se negó a firmar: _____

El paciente no podía firmar porque: _____

Otro (por favor, describa): _____

Firma del Oficial de Privacidad: _____



8727 Cooper Rd. Suite A, Alexandria VA 22309 | 571-312-6898 | FAX: 571-312-6897

POLÍTICA DE REGLAMENTOS

Su cita está reservada sólo para usted. Si usted no puede asistir a su cita, por favor déjenos saber con 48 horas de anticipación, al no hacerlo, esto resultara en un cobro de \$50 por perder la cita. Esta cuota tendrá que ser pagada antes de su próxima cita.

(Ponga sus iniciales) _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DENTALES

Por la presente solicito y autorizo al dentista de First Smile Dental y sus asistentes dentales para realizar todos los tratamientos dentales y cirugía, como se indica en mis registros y plan de tratamiento dentales. Entiendo y autorizo para estos tratamientos, que se consideren necesarios y convenientes a juicio del dentista. Algunos tratamientos como ser endoncias, corona, puentes/parciales, pueden ser divididas en 2 visitas. Entiendo si no regreso en un tiempo límite de un mes para terminar dicho tratamiento, tendré que pagar nuevamente en totalidad el costo del tratamiento. También autorizo a la administración de medicamentos y anestésicos, según se considere conveniente por el dentista.


CUPONES Y ESPECIALES

En ocasiones, nuestra práctica ofrece descuentos o cupones para que el cuidado dental sea más económico para los pacientes que no tienen seguro dental. Nuestro especial de \$79 está estructurado para ayudar a los pacientes que obtienen atención dental de rutina cada 6 meses para mantener la salud dental óptima. El especial de \$79 cubre un examen completo, limpieza regular, y 4 radiografías. Esta oferta (\$79) no es válida para los pacientes que son diagnosticados con la enfermedad periodontal por el dentista, pacientes con esta enfermedad periodontal requieren una limpieza profunda intensiva y con una limpieza regular no es suficiente para tratar esta enfermedad, el dentista no realizará la limpieza regular en estos casos. (Ponga sus iniciales) _____

SEGURO DENTAL

El seguro dental es un contrato entre el empleador y el paciente. No tiene ninguna conexión con el proveedor de tratamiento dental. Los beneficios de cobertura varía de una compañía a otra, e incluso a veces dentro de una misma empresa. No tiene nada que ver con el nivel de servicio proporcionado por el dentista y el pago por los servicios prestados. Aunque no se requiere, podemos preparar y presentar sus formularios de reclamación de seguros sin costo como una cortesía para usted. Si usted lo solicita, también podemos proporcionar estimaciones que muestran el reembolso del seguro previsto y participación del paciente en todos los procedimientos. Esta es sólo una estimación. Usted es el responsable por el costo de todos los servicios profesionales prestados, independientemente de la estimación, si el seguro no paga su parte.

Entiendo perfectamente mi obligación financiera y la responsabilidad a que se adhieran a la política de todos los reglamentos.

 Firma del Paciente o Madre/Padre: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____