



FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Yo autorizo Stonehaven Dental a divulgar la información de mi cuenta, balance y tratamiento que se requiere a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo he leído la política de privacidad de HIPAA y se me ha proporcionado una copia. Yo entiendo que al firmar este formulario, la(s) persona(s) mencionada(s) arriba puede(n) tener acceso a mi información.

Nombre escrito:

Firma:

Fecha:

Este formulario incluye permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) la divulgación de información de cuenta a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Es un placer darle la bienvenida a nuestra clínica. Si puede, por favor tome unos minutos para llenar ese formulario completamente. Si tiene alguna pregunta, estaremos felices de ayudarlo.

PERSONAL			
Nombre _____			
apellido(s)	primer nombre	segundo nombre	(nombre preferido)
Fec. nac. _____ NSS _____ Género: []M []F Casado(a): []Sí []No			
Tel. de trabajo _____ Tel. celular _____ Compañía móvil _____			
Email _____			
Método de contacto preferido [] Tel. de casa [] Tel. de trabajo [] Tel. celular [] Email			
Método de contacto preferido para confirmaciones [] Tel. de casa [] Tel. de trabajo [] Tel. celular [] Email [] Texto			
Método de contacto preferido para recordatorios [] Tel. de casa [] Tel. de trabajo [] Tel. celular [] Email			
Estatus de estudiante si mayor a los 19 (para aseguranza) [] No estudiante [] Tiempo Completo [] Medio tiempo			
* ¿Cómo escuchó sobre nosotros?			
(Si alguien le recomendó aquí, por favor escribe su nombre para que le podamos agradecer.)			
DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE CASA			
Marcar si es la misma información para toda la familia []			
Dirección _____			
Dirección 2 _____			
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____			
Teléfono de casa _____			
PÓLIZA DE ASEGURANZA 1			
Su relación al suscriptor: [] Yo [] Esposo(a) [] Hijo(a)			
Nombre del suscriptor _____		Núm. de ID _____	
Aseguradora _____		Núm. de telefono _____	
Empleador _____		Nombre de grupo _____	
Núm. de grupo _____			
Favor de presentar la tarjeta de la aseguranza al recepcionista.			
PÓLIZA DE ASEGURANZA 2			
Su relación al suscriptor: [] Yo [] Esposo(a) [] Hijo(a)			
Nombre del suscriptor _____		Núm. de ID _____	
Aseguradora _____		Núm. de telefono _____	
Empleador _____		Nombre de grupo _____	
Núm. de grupo _____			

Comentarios:

Favor de decirnos cuáles son los servicios que le interesan:

Reemplazamiento de las amalgamas

Tener una sonrisa más blanca

Sedación

Reemplazamiento de dientes (implantes/puentes)

Transformación de la sonrisa

Brackets, Invisalign, o una sonrisa en 6 meses

HISTORIAL MÉDICO

Apellidos:

Nombre:

Fec. Nac.:

Nombre de su doctor:

Ciudad/Estado:

Teléfono:

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se considera usted en buena salud?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está o ha estado bajo cuidado de un médico durante el año pasado?
		En caso afirmativo, especifique las condiciones tratadas: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma algún medicamento, incluyendo anticonceptivos?
		Favor de especificar el nombre y el propósito del medicamento: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene o ha tenido alguna problema con el corazón o la sangre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le han dicho que tiene un soplo del corazón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Requiere un premedicación antibiótica para una condición del corazón, válvula artificial o articulación artificial?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene o ha tenido la presión arterial alta?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Magulla o sangra fácilmente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido diagnosticado VIH positivo o con SIDA?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una de las siguientes condiciones? [] fiebre reumática [] asma [] trastorno sanguíneo
		[] diabetes [] reumatismo [] artritis [] tuberculosis [] enfermedad venérea [] ataque cardíaco
		[] enfermedad renal [] trastornos en el sistema inmunitario [] otros: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está sujeto a los desmayos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a tratamiento dental o a anestesia local?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alergia a alguna anestesia local o a algún antibiótico?
		[] Amoxicilina [] Penicilina [] Sulfa [] Erythro [] Codeína
		[] Otro; favor de describir: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alergia a algún metal?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna otra alergia? En caso afirmativo, favor de describir:
		[] fiebre del heno/estacional [] Latex [] Productos lácteos [] Huevos
		[] Otra; favor de describir: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una crisis nerviosa o se ha sometido a un tratamiento psiquiátrico?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido asesoramiento por el uso excesivo del alcohol y/o los medicamentos recetados?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Experimenta dolor ahorita mismo?
		¿Hace cuanto que has visitado a un dentista? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cree que sus dientes están afectando su salud general de alguna forma?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene o ha tenido encías sangrientas o sensibles?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está feliz con la apariencia de sus dientes cuando sonríe?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está feliz con el color de sus dientes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está nervioso o aprensivo sobre completar tratamientos dentales
		MUJERES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está intentando quedarse embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está amamantando?

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES SON CIERTAS SEGÚN ENTIENDO. YA QUE UN CAMBIO DE CONDICIÓN MÉDICA PUEDE AFECTAR TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA DE ESTO Y ESTOY DE CUERDO DE NOTIFICAR AL DENTISTA SOBRE ALGÚN CAMBIO EN UNA VISITA POSTERIOR.

Firma del paciente

Fecha: _____

Aviso de política

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER:

Autorizo a los médicos o asistentes dentales de Stonehaven, ya que pueden designar que se realicen los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes para mantener mi salud dental o cualquier otro menor u otra persona de la que sea responsable, incluido el arreglo y/o la administración de cualquier tratamiento sedante, restaurador, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos. Entiendo que la administración de anestésicos locales puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir entumecimiento, hematomas y dolor muscular. Asumo voluntariamente cualquiera y todos los riesgos, incluido el riesgo de daños sustanciales y graves, si los hay, que pueden estar asociados con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener el posible resultado deseado, que puede o no puede lograrse, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o pupilo. Reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores me han sido explicados si es necesario y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas. Además, entiendo que estoy entablando una relación contractual con los médicos dentales de Stonehaven para recibir atención profesional. Además, entiendo que las reclamaciones sin mérito y frívolas por negligencia médica/dental tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de la atención médica, y pueden causar un daño irreparable a un proveedor de atención médica. Como contraprestación adicional por la atención profesional que recibí, yo, el paciente/tutor y mi representante acordamos no presentar, directa o indirectamente, cualquier reclamo de negligencia médica/dental falso, sin fundamento o frívolo contra los doctores de Stonehaven Dental. Además, en caso de que se inicie o se busque un caso meritorio de negligencia médica/dental o una causa de acción, yo y/o mi representante estamos de acuerdo en usar testigos expertos que practican principalmente en la misma especialidad que el doctor. Además, estoy de acuerdo en que estos testigos expertos se adhieran a las pautas y/o al código de conducta definidos por la Asociación Dental Americana para testigos expertos. En consideración adicional por esto, los médicos dentales de Stonehaven acuerdan las mismas estipulaciones.

SEGURO DENTAL:

El seguro dental es un contrato entre un paciente/tutor y la compañía de seguros y de ninguna manera exime al paciente/tutor de la responsabilidad total por los cargos incurridos. Las estimaciones del pago del seguro realizado por esta oficina se consideran solo una guía. No podemos garantizar el pago estimado del seguro. Nos complace ayudarle a procesar los formularios de seguro, ayudarle a maximizar los beneficios de su seguro y nos complace ayudarle a responder cualquier pregunta que tenga sobre su tratamiento o las estimaciones de su tratamiento.

CITAS PROGRAMADAS:

El tiempo programado para su visita está reservado especialmente para usted. Esperamos poder hacer su visita agradable, cómoda y productiva. En el improbable caso de que no pueda asistir a su cita, le solicitamos que nos avise con 24 horas de anticipación para que podamos otorgar este tiempo a otros pacientes que necesiten tratamiento. ¡Habrán un cargo de \$1.00/minuto por la(s) cita(s) perdida(s) o interrumpida(s) sin aviso previo de 24 horas!

CARGOS FINANCIEROS:

Se agregará un cargo mensual de 1.5% (18% anual) a todos los saldos de cuentas que no se hayan pagado dentro de los 60 días de servicios. Se aplicará un cargo por pago atrasado de \$10/mes a todas las cuentas vencidas. He leído, entiendo y acepto las políticas anteriores. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobro así como los costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados en caso de que se tome una acción legal.

RESUMEN DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013

Stonehaven Dental mantiene la información de todas sus visitas dentales. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida y que le notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información cuando la solicite. También puede encontrar el aviso en nuestro sitio web. Este aviso es una explicación detallada de cómo podemos usar su información médica protegida y sus derechos para inspeccionar y modificar su información. Estamos obligados por ley, y por nuestro propio código de ética, a mantener la privacidad de su información y a seguir las prácticas descritas en este aviso. Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013 y están actualizadas a partir del 09/23/2013.

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Fecha: