

# Ingesta de pacientes adultos Español



## Información del paciente

Nombre de pila \*

Apellido \*

Fecha de nacimiento \*

Edad

Género

Masculino  Femenina

DIRECCIÓN

Ciudad

Provincia

Código Postal

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Teléfono del trabajo

ext

Empleador o escuela

¿Cómo te enteraste de nosotros? \*

¿Método de contacto preferido?

Teléfono  Texto/SMS

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Numero de celular

Relación

Número de seguro social

Altura aproximada

Peso aproximado

Para fines de sedación y medicación.

## Información médica

¿Ha tenido una exposición reciente a alguna enfermedad infecciosa transmisible? (Sarampión, Varicela o Tuberculosis)

Sí  No

¿En las últimas 24 horas ha tenido tos nueva, dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, diarrea u otros síntomas similares a los de la gripe?

Sí  No

¿Ha estado anteriormente o está actualmente bajo el cuidado de un profesional de la salud por algún tipo de condición o síndrome específico?

Sí  No

¿Requiere premedicación antes de las citas de higiene (limpieza) o tratamiento dental?

Sí  No

**Asegúrese de tomar su premedicación antes de su cita.**

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía importante?

Sí  No

Por favor explique

¿Está tomando algún medicamento (incluidos anticonceptivos, vitaminas, etc.)

Sí  No

Por favor explique

¿Tiene alguna alergia conocida?

Sí  No

Por favor explique

**MUJERES**

¿Está embarazada o amamantando, o existe la posibilidad de que pueda estar embarazada?

Sí  No

Marque cualquiera de los siguientes a continuación ante los que alguna vez haya tenido una mala reacción

- Anestésicos locales
- Codeína
- Insulina
- barbitúricos
- Látex
- Rieles

- Ibuprofeno
- Penicillin
- Aspirina
- Yodo
- Otro


Rieles

Otro

¿Ha tenido o tiene alguno de los siguientes?

- Anemia
- Accidente cerebrovascular o coágulos de sangre, sangrado fácil
- Cardiopatía
- Cardiopatía
- Válvula cardíaca artificial
- Defectos cardíacos congénitos
- Enfermedad cardíaca reumática
- Angina de pecho
- Infarto de miocardio
- Dolor en el pecho
- Marcapasos
- Tuberculosis
- Asma
- Fiebre del heno
- Enfisema
- Neumonía
- Pleuritis
- Enfermedad tiroidea/adrenal

- Cáncer
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hepatitis/ictericia
- Dependencia de drogas/alcohol
- Enfermedad mental
- VIH
- Soplo cardíaco
- Hipertensión
- Artritis reumatoide
- Trastornos oculares
- Epilepsia
- Convulsiones
- Hipertermia maligna
- Nefropatía
- Diabetes
- Fumador
- Pines, placas, reemplazo de articulaciones.

zdffb 

**Información dental**

¿Última revisión/limpieza dental?

¿Con qué frecuencia visitas al dentista?

¿Cuan a menudo te cepillas los dientes?

¿Con qué frecuencia usas hilo dental?

¿Tiene algún problema que requiera atención inmediata?

Sí  No

Por favor explique

¿Alguno de los siguientes causa malestar dental?

- dulces
- Caliente
- Frío
- Masticación

¿Aprietas o rechinas los dientes?

Sí  No

¿Alguna vez has tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos o invisalign)?

Sí  No

¿Estás interesado en enderezar tus dientes?

Sí  No

¿Alguna vez has considerado alisar, decolorar, coronas o carillas?

Sí  No

¿Tiene espacios que le gustaría cerrar?

Sí  No

¿Cómo te sientes acerca de la apariencia de tus dientes?

¿Hay algo más que desees compartir/discutir sobre tus dientes o tu sonrisa?

**Seguro Primario**

¿Tiene seguro primario?

Sí  No

Su compañía/portador de seguros


Dirección del seguro

Número de teléfono del seguro

Employer

Nombre del titular de la póliza

Fecha de nacimiento del asegurado

Número de grupo o póliza

Número de DNI/Certificado

**Seguro secundario (si corresponde)**

¿Tiene seguro secundario?

Sí  No

Su compañía/portador de seguros


Dirección del seguro

Número de teléfono del seguro

Employer

Nombre del titular de la póliza

Fecha de nacimiento del asegurado

Número de grupo o póliza

Número de DNI/Certificado

Autorizo la divulgación al administrador de mi plan de beneficios dentales y a la ADA de la información contenida en las reclamaciones enviadas electrónicamente. También autorizo la comunicación de información relacionada con la cobertura de los servicios descritos al dentista nombrado. Esta autorización continuará vigente hasta que el abajo firmante la revoque.

Autorizo a mi compañía de seguros a realizar el pago directamente a este proveedor dental.

Como sabrá, su seguro cubre solo un porcentaje de la tarifa total de los servicios prestados y, por lo tanto, requerimos un número de tarjeta de crédito para aceptar la asignación de su compañía de seguros. Esto es en el entendido de que nuestra oficina lo llamará para solicitar autorización para utilizar esta tarjeta de crédito para pagar la diferencia no pagada por su proveedor de seguros.

Entiendo que todo lo que no esté cubierto por mi seguro dental es mi total responsabilidad de pagar. Nuestra oficina ayudará a proporcionar la estimación más precisa posible, pero en última instancia es responsabilidad del paciente saber cuáles son los detalles de su cobertura de seguro.

Entiendo que su oficina requiere que avise con **24 horas de antelación** antes de cancelar o reprogramar mis citas. Si no lo hago o no acudo a mi cita, se puede aplicar un **tarifa de \$50**. Como cortesía, nuestra oficina le enviará un recordatorio de la cita por correo electrónico o mensaje de texto.

Nombre y correo electrónico de la persona que firma

Primer apellido \*

Dirección de correo electrónico \*

Firma \*

Sign above

Entregar

# Consentimiento HIPAA

HIPAA es una ley federal desarrollada para otorgar a las personas el derecho a solicitar una restricción en el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI en inglés). La persona también tiene derecho a solicitar la comunicación confidencial de su Información de Salud Protegida, la cual puede realizarse por medios alternativos o por correspondencia.


El propósito del Aviso de prácticas de privacidad es explicar cómo Taos Dental Group puede usar o divulgar su información de atención médica. Este Aviso también explica los derechos que las normas HIPAA le garantizan a usted. Toda la información proporcionada en este formulario es parte de su Información de Salud Protegida y NUNCA se compartirá con un tercero.

## Información del paciente

Nombre de pila \*

Apellido \*

Fecha de nacimiento \*

Por favor indique los mejores números de teléfono para ponernos en contacto con usted

Teléfono de casa

Teléfono móvil \*

Teléfono del trabajo

ext

¿Podemos llamar a los números de teléfono anteriores y dejar mensajes de voz detallados con respecto a sus citas, asuntos de facturación y/o información médica?

Sí  No

¿Le gustaría recibir notificaciones y confirmar las citas por mensaje de texto?

Sí  No

¿Le gustaría recibir notificaciones y confirmar las citas por correo electrónico?

Sí  No

¿Desea recibir ofertas especiales o promociones internas por correo electrónico?

Sí  No

Por favor, mencione a la(s) persona(s) a las que nos permite divulgar sus citas, asuntos de facturación o información médica:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

**\*\*Puede negarse a firmar este acuse de recibo\*\***

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Taos Dental Group. He leído y entiendo esta norma de privacidad HIPAA. También he acordado permitir que Taos Dental Group y sus empleados transmitan mensajes detallados sobre mis citas, asuntos de facturación o información médica tanto a mí como a los representantes mencionados anteriormente, según se especifique.

Nombre y correo electrónico de la persona que firma

Primer apellido \*

Dirección de correo electrónico

Fecha



Firma

Sign above

Entregar

# Política financiera y de seguros

## Información del paciente

Nombre de pila \*

Apellido \*

## Tratamiento del paciente y Política financiera

Gracias por elegir nuestro consultorio como su proveedor de atención médica dental. Nos comprometemos a proporcionarle atención dental de por vida de la más alta calidad, para que pueda alcanzar una salud bucal óptima.

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que lea, acepte y firme antes de recibir cualquier tratamiento.

Por favor, tenga en cuenta que el pago se debe realizar en el momento en que se proporciona el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Discover, American Express y CareCredit. Hay opciones de financiamiento externo disponibles mediante solicitud y aprobación previas.

Por favor tenga en cuenta que se aplicarán cargos adicionales por los cheques rechazados. Todos los saldos de cuenta que excedan los 90 días están sujetos a un cargo por pago atrasado de \$35.00.

### ¿Tiene seguro?

- Como cortesía para usted, le ayudaremos a procesar todas sus reclamaciones de seguro dental. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación del seguro; sin embargo, no podemos garantizar que su seguro pagará exactamente lo estimado. La cobertura del seguro está sujeta a limitaciones, exclusiones, períodos de espera, frecuencia, restricciones de edad, deducibles y máximos que son su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros para obtener información detallada sobre sus beneficios. La cantidad que usted pagará en última instancia depende de su compañía de seguros y los beneficios de su plan. Haremos todo lo posible para garantizar que su estimación sea lo más precisa posible. Su beneficio estimado del seguro puede diferir debido a una serie de razones, específicamente las relacionadas con su plan.
- Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Debemos resaltar 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 y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.
- Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos tarifas que son comunes y habituales para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y consuetudinarias por parte de cualquier 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, el copago y el coseguro, que es el monto estimado no cubierto por su compañía de seguros, en efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Discover, American Express en el momento en que le brindemos el servicio.
- Los pagos del seguro generalmente se reciben dentro de los 30 a 60 días posteriores a la presentación de una reclamación. Si su compañía de seguros no realiza el pago dentro de 60 días, le pediremos que se comuniquen con ellos para garantizar que podamos esperar el pago. Si no se recibe el pago o su reclamación es rechazada, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento.
- Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudar a pagar la reclamación. Sin embargo, nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros por ninguna reclamación.

### Menores acompañados por el progenitor o tutor legal

El progenitor o tutor legal que acompaña a un menor y ha dado su consentimiento para el tratamiento es responsable del pago completo en el momento del servicio.

### Menores no acompañados

El progenitor o tutor legal es responsable del pago completo en el momento del servicio. Los consentimientos de tratamiento y los acuerdos de pago con el progenitor o tutor legal deben realizarse antes de la cita, de lo contrario, se puede denegar el tratamiento que no sea de emergencia.

### Cita(s) perdida(s) y cancelaciones

Nuestro objetivo es proporcionar tratamiento de manera oportuna con el menor número de visitas necesarias. Con el fin de proporcionar los mejores servicios a nuestros pacientes, requerimos al menos un aviso de 48 horas para cancelar o reprogramar sus citas. Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas que lleven a la cancelación o a no asistir a su cita. Es posible que se evalúe cobrar un cargo por múltiples citas perdidas, reprogramadas con poca antelación o canceladas.

### Consentimiento

He leído, entendido y aceptado 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 prestados en esta oficina, ya sea para mí o para mis dependientes, recae sobre mí y debe abonarse en el momento en que se prestan los servicios.

Nombre y correo electrónico de la persona que firma

Primer apellido \*

Dirección de correo electrónico \*

Fecha



Firma \*

Sign above

Entregar