

Nombre del paciente:

_____ (apellido) (M.I.) (primer nombre)

Estado civil: _____

Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Direccion de envio: _____

cuidad: _____ estado _____ codigo postal _____

Telefono de casa: _____

Telefono del trabajo: _____

Numero de celular: _____

Correo electronico: _____

Como escucho de nosotros? _____

Seguro dental primario: _____

Nombre del seguro: _____

ID de miembro: _____

Numero del grupo: _____

Empleador: _____

Nombre del abonado: _____

Fecha de nacimiento del abonado: _____

SS: _____

Seguro dental secundario:

Nombre del seguro: _____

ID del miembro: _____

Numero del grupo: _____

Empleador: _____

Nombre del abonado: _____

Fecha de nacimiento del abonado: _____

SS: _____

Preferencias de comunicacion:

Yo SI/NO quiero recibir recordatorios por texto

Yo SI/NO quiero recibir recordatorios por correo electronico

Yo SI /NO quiero recibir recordatorios de higiene dental por tarjeta postal

Historial Dental:

Tiene algun problema dental? _____

Fecha de ultimas placas? _____ Fecha de ultima limpieza? _____

S/N Ha tenido tratamiento de ancillas?

S/N Sus ancillas duelen o sangra cuando se sepilla?

S/N Son sensibles alo caliente, frio o dulce?

S/N Siente que aprite o muele sus dientes?

S/N Esta feliz con su apariencia dental?

S/N Ha notado sus dientes moverse?

S/N Usted ronca? Y su pareja?

Ha tenido una enfermedad o condicion? (Circule S alos que apliquen)

S/N Arthritis

S/N Anemia

S/N Valvula artificial

S/N Articulaciones artificiales

S/N Asthma

S/N Enfermedad de la sangre

S/N Cancer

S/N Cholesterol

S/N Depresion

S/N Diabetes

S/N Mareos/Vertigo

S/N boca reseca

S/N Epilepsia

S/N sangrado excesivo

S/N Desmayo

S/N Glaucoma

S/N Head Injuries

S/N Enfermedades cardiacas

S/N Soplo cardiaco

S/N Hemoglobina

S/N Hepatitis

S/N Presion arterial alta

S/N HIV

S/N enfermedad de rinon

S/N Enfermedad de higado

S/N Presion arterial baja

S/N Trastorno mental

S/N trastorno nervioso

S/N Osteoporosis

S/N marcapasos cardiaco

S/N tratamiento de radiacion

S/N Problema respiratoria

S/N Reumatismo

S/N Problema sinusal

S/N problemas del estomago

S/N Derrame

S/N Tiroides

S/N Tobacco

S/N Tuberculosis

S/N Tumor

S/N Ulcera

S/N Enfermedad Venerea

Por favor enumere cualquier condición médica/ cirugias seria no mencionada

arriba: _____

Eres Alergico a algo?

S/N Amoxicilina/Penicilina S/N Codeina

S/N Eritromicina S/N Latex

S/N Anestésico Dental / Epinefrina

Eres alergico a otra medicacion o droga?

Porfavor enumere sus medicamentos corrientes:

Para mujeres:

Esta Embarasada? ___NO___SI___ Semanas

Toma pastillas conceptivas? ___SI___NO

¿Necesita ser premedicado antes del tratamiento dental?

Nombre de medicamento si necesita:

Consentimiento Informado De La Oficina Dental

Es bien importante para nosotros que usted, nuestro paciente, entienda que los tratamientos y procedimientos dentales no deben tomarse como rutina o sin riesgos o complicaciones. Al igual que cualquier tratamiento medical del cuerpo de uno, incluso tratamiento dental, no hay garantia que los resultados resulten como planeado o la satisfaccion del individual. Cuando tratando el cuerpo dental, hay potencialmente muchas variables, algunos predicables otros no. Las tasas de complicaciones en odontología son bajas, pero existen. Hasta procedimientos menores tales como los "rellenos" pueden conducir a otras complicaciones que no pueden ser previstas, tal como sensibilidad, tratamiento de conducto, corona dental o extraccion. Por ejemplo, una inyección de "Novocaína" podría provocar una reacción alérgica, anafilaxia, trismo, hemorragia facial, hinchazón y moretones. Por supuesto, estas son incidencias poco comunes, pero las personas que se someten a tratamiento deben ser conscientes de esto antes de dar su consentimiento. Estas complicaciones pueden ser transitorias o pueden persistir y requieren más tratamientos. En general, complicaciones para el tratamiento encluyen, pero no son limitadas al dolor, hinchazon, sangracion, infeccion, fracturas, y otros problemas del nervio.

Lanzamiento DE Fotos –Para pacientes de 18 y mayores de 18 años

Estoy de acuerdo / no estoy de acuerdo (circule) para permitir Nathan C Steele DMD PA que use fotos de mis dientes para educacional, marketing, or promotional usage. Solo fotos de mis dientes y sonrisa seran usadas, no se usarán fotos faciales completas.

POLITICA FINAL

1. PACIENTES CON COBERTURA DE SEGURO:

Porfavor entiendan que la politica de tu seguro es un contrato entre usted y la compania de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. Estaremos encantados de ayudar a obtener los beneficios apropiados de su compania de seguros como cortesia, pero es responsabilidad del paciente entender sus beneficios. Si su cobertura cambia, es su obligacion informar a nuestra oficina antes de empear tratamiento. Si no estamos en Red con su nueva cobertura, usted podra ser responsable de la tarifa completa.

Tratamientos de rutina son generalmente realizado sin presentar solitud de beneficios de preestimacion. A pedido, con gusto obtendremos una preestimado para cualquier tratamieno recomendado. Avesese, la compania de seguro puede pagar beneficios alternativos por el tratamiento obtenido (por ejemplo, empaste de plata vs empaste blancos). En estos caso, usted seria responsable de pagar la diferencia.

2. PACIENTES SIN SEGURO:

Pacientes sin cobertura de seguro estan obligados a pagar por los servicios prestados. Aceptamos en efectivo, Cheque, Mastercard, Visa, Discover, American Express, y tarjetas de debito. Ofrecemos planes de financiamiento, tales como Care Credit.

3. Todo los pacientes

- a. Todo tratamiento que requiere trabajo de laboratorio requiero 50% del pago en anticipo, y el saldo restante debido en el momento de insercion , amenos que se hayan hecho otros arreglos financieros antes del tratamiento.
- b. Cheques regresados del banco estan sujetos a uns fiancia de servicio de \$30.00 .
- c. Cuentas morosas por mas de 60 dias estan sujetos a un cargo de financimientto de 1.5% al mes. Si tu cuenta es mandada a coleccion, usted sera responsable por cargos adicionales de 50% sus cargos no pagados.

POLITICA DE DESIGNACION ROTA

Su sita progamada es compromise entre usted y nuestra oficina. Nosotros hacemos lo major para contactarlo con recordatorios con cortesia antes de su visita por celular , correo y mensajes de texto.

Si no puede retener su cita, solo pedimos que nos deje saber alomenos 48 horas antes de su visita. Si no puede avisar por llamada telefonica , puede ser sujeto a una fiancia de cancelacion de \$50 por cada hora reservada para cita y \$75 por cada hora para citas de alta demanda (despues de las 4 pm y los Sabados).

He leido y acepto el consentimiento informado anterior de la oficina dental, politicas dentales y politicas de designacion rota.

X _____
Firma del paciente/Padre/Guardian

Fecha

Acuse de recibo de aviso de practicas de privacidad

Yo, _____, he recibido copia de el aviso de practicas de la privacidad de la oficina.

Firma _____

Fecha _____

COPIA DEL PACIENTE**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. PORFAVOR REVISALO CUIDADOSAMENTE.**

La ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de salud de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todo los registros médicos y otra información médica individualmente identificable utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea en forma electrónica, en papel o en forma oral, se mantienen de manera confidencial. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, nuevos y significativos derechos para comprender y controlar cómo se usa su información de salud. HIPAA proporciona multas a las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud personal. Según lo exige HIPAA, hemos preparado esta explicación sobre cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes:

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. ejemplos serían servicios de limpieza dental, cartas de extracción y derivaciones periodontales o de endodoncia.
- Pago significa actividades tales como obtener un reembolso por los servicios, confirmar la cobertura y obtener información específica de beneficios tales como los máximos y deducibles de beneficios cumplidos, etc. actividades de facturación o cobranza, y revisión de utilización.
- Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales de la ejecución de nuestra práctica, como llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de la evaluación de la calidad.

También podemos crear y distribuir información de salud desidentificada eliminando todas las referencias a información de identificación individual. Podemos comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Cualquier otro uso y divulgación se realizará solo con su autorización por escrito. usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y atendernos a esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al funcionario de privacidad:

- El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo aquellas relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acuerde por escrito eliminarla.
- El derecho a una solicitud razonable para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida por medios alternativos en ubicaciones alternativas.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho de modificar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de divulgaciones de información de salud protegida.
- El derecho a obtener, y tenemos la obligación de proporcionarnos, una copia en papel de este aviso nuestra en la fecha de la primera entrega del servicio.
- El derecho a proporcionar, y estamos obligados a recibir, un acuse de recibo por escrito de que recibió una copia de su aviso de Prácticas de protección de la privacidad.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud protegida y le proporcionemos un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la salud protegida.

Este aviso entra en vigencia a partir de abril de 2003 y estamos obligados a cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de las prácticas de privacidad de los avisos y hacer que las nuevas disposiciones de avisos sean efectivas para toda la información de salud protegida que manejamos.

Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita de una Notificación revisada de prácticas de privacidad de esta oficina. Usted tiene recurso si siente que nuestras protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene derecho a presentar una queja formal por escrito ante nosotros a la dirección que aparece a continuación, o ante el departamento de salud y servicios humanos, oficina de derechos civiles, sobre violaciones de sus disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para más información sobre HIPAA o presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services

Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, SW

Washington, DC 20201 202-619-0257 or toll free: 1-877-696-6775

Nathan C Steele DMD

17 Monroe Street

Bridgewater NJ 08807

908) 526-2113