

**FORMULÁRIO DO REGISTRO Seção I:****Informação do Paciente**

Data: _____

Nome: _____ SSN: ____-____-____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Menor Solteiro Casado Viúvo Seção Divorciado

Empregador: _____ Telefone de trabalho: (____) _____

Quem te indicou? _____ Correio eletrônico: _____

Contato de emergência: _____ Telefone: (____) _____

Você quer receber nossa Newsletter? Sim Não

Seção II:**Pessoa Responsável (Se você não é você)**

Pessoa responsável: Eu Cônjuge Pais Outra

Nome: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Telefone: (____) _____

Empregador: _____ Telefone de trabalho: (____) _____

SSN#: ____-____-____

Seção III:**Informação do Seguro (Si no tienes, pase sección)**

Nome do Principal: _____ Data de nascimento: _____

Pessoa responsável: Eu Cônjuge Pais Outra

SSN#: _____

Empregador: _____ Telefone de trabalho: (____) _____

Direção de direção: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Telefone: (____) _____

Seção IV:**Seguros**

Companhia de seguros: _____ Número do Grupo # _____

Número de identificação: _____

Endereço da companhia de seguros: _____

Seguro da companhia telefônica: _____



Seção VI	História odontológica	
Nome: _____		
Motivação da visão de hoje: _____		
Quando foi sua última limpeza?: _____		
Verifique se você tem algum dos seguintes problemas:		
<input type="checkbox"/> Sangramento nas gengivas	<input type="checkbox"/> Dentes de moagem	<input type="checkbox"/> Você chega na sua boca
<input type="checkbox"/> Clicando ou estelar o mandibular	<input type="checkbox"/> Dentes soltos ou recheios quebrados	<input type="checkbox"/> Dentes Quebrados
Há algo sobre a aparência de seus dentes que você não está satisfeito ou gostaria de melhorar.		

Seção VI Medicamentos	Seção VI Alergias (se não houver nenhum, marque nenhum)
Relacione os medicamentos que você está tomando:	<input type="checkbox"/> Nenhum
_____	<input type="checkbox"/> Látex
_____	<input type="checkbox"/> Penicilina
_____	<input type="checkbox"/> Barbitúricos (Sleeping Pills)
_____	<input type="checkbox"/> Solfa
_____	<input type="checkbox"/> Codeína
_____	<input type="checkbox"/> Alergias aos Metais
_____	<input type="checkbox"/> Anestesia local
_____	<input type="checkbox"/> Aspirina
_____	Outro _____

As informações acima são precisas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento. Eu não responsabilizo meu dentista ou qualquer membro de sua equipe por quaisquer erros ou omissões que ele possa ter feito ao preencher este formulário.

Assinatura: _____ Data: _____

Assinatura do Doutor: _____ Data: _____

**Seção V:****História Medicada**

Nome: _____ Data: _____

Nome do médico:(Se não houver nenhum, não marque nenhum): _____

Data da última visita: _____

Número de telefone dos médicos: _____

Você já teve alguma doença grave ou operação? _____ Se sim, por favor descreva e date:
_____Ele teve uma história de radioterapia? Sim Não Datas, se aplicável: _____

Você está tomando anticoagulantes? (Aspiran, Plavix, Coumadin etc. _____

(Mulher) Você está grávida? Sim Não Quantos meses? _____Você está tomando contraceptivos? Sim Não

Você está tomando bisfosfonatos? (Actonel, Fosamax) _____

Verifique se você tem alguma das seguintes opções: **Nenhum**

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatite / problema hepático | <input type="checkbox"/> Marcapasso | <input type="checkbox"/> Diálise |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Febre reumático |
| <input type="checkbox"/> Articulações artificiais | <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Febre escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Murmúrio cardíaco | <input type="checkbox"/> HIV positivo | <input type="checkbox"/> Problemas de tiróide |
| <input type="checkbox"/> Problemas costeiros | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Prolapso da válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Corrida | <input type="checkbox"/> Sangramento excessivo | <input type="checkbox"/> AIDS |

 Problemas cardíacos - Descreva: _____Você fuma? Sim Não Quanto por dia? _____Outro / Notas:

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do médico: _____

Use a partir do escritório somente abaixo:

A liberação médica necessária? _____

Número de telefone do médico: _____



HIPAA

Entendo que, de acordo com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Saúde de 1996 (HIPAA), existem certas diretrizes de privacidade em relação às informações de saúde protegida. Eu entendo que esta informação pode ser usada para:

Conduzir, planejar e direcionar meu tratamento e acompanhamento entre os múltiplos prestadores de serviços de saúde que possam estar envolvidos nesse tratamento direta e indiretamente.

- Obter pagamento de terceiros pagadores.
- Realize operações de cuidados médicos normais, como avaliações de qualidade e certificações médicas.

Fui informado por você do seu Aviso de Práticas de Privacidade que contém uma descrição mais completa dos usos e divulgações de minhas informações de saúde. Recebi o direito de revisar esta Notificação de Práticas de Privacidade de tempos em tempos e que eu possa entrar em contato com essa organização a qualquer momento no endereço abaixo para obter uma cópia atual da Notificação de Práticas de Privacidade.

Entendo que posso solicitar por escrito que eu restrinja o modo como minhas informações privadas são processadas ou divulgadas para tratamento, pagamento ou operações de assistência médica. Também entendo que você não é obrigado a aceitar as restrições solicitadas, mas se concordar, você estará obrigado a cumprir essas restrições.

Entendo que posso revogar este consentimento por escrito a qualquer momento, exceto na medida em que você tenha agido com base nesse consentimento.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pessoa responsável: _____

Data: _____



Finanças da Polícia

Em consideração para executar meus cuidados, eu concordo com o seguinte:

Aceito toda a responsabilidade financeira pelos serviços que me são prestados pela Flex Dental e entendo que o pagamento deve ser feito no momento do serviço ou antes, incluindo visitas de emergência para mim ou qualquer um dos meus dependentes ou no início do serviço segundo um plano. tratamento que eu ou meus dependentes solicitamos.

Se você tiver seguro, forneceremos uma estimativa do que acreditamos que sua companhia de seguros provavelmente pagará e receberá deferência de você. Entendo que minha companhia de seguros não pode cobrir todos os saldos necessários e pode enviar um cheque de reembolso para os serviços que foram prestados, mas não pagos anteriormente, endossou o cheque à Flex Dental dentro de 5 dias úteis após o pagamento. Você será cobrado por qualquer quantia não paga pela companhia de seguros. O pagamento é esperado após o recebimento da declaração. Se o pagamento não for pago em tempo hábil, reservamo-nos o direito de processar o pagamento integral no seu plano de pagamento pré-estabelecido.

(____) Iniciais

Se a seguradora pagar mais do que esperávamos, você terá um crédito em sua conta. Enviaremos uma declaração informando você sobre o crédito. Você pode mantê-lo em sua conta ou podemos devolvê-lo para você. Todos os pedidos de seguro pendentes devem ser recebidos antes de podermos emitir qualquer reembolso. Aguarde de 6 a 8 semanas para processamento.

Nós tentaremos providenciar o pagamento da sua companhia de seguros por um período máximo de 60 dias. Após 60 dias, você é totalmente responsável por qualquer saldo em sua conta, independentemente de sua seguradora nos pagar ou não.

Entendo que todas as solicitações de seguro de tratamento que recebo da Flex Dental estão sendo enviadas pela Flex Dental com minha autorização como cortesia e estão sujeitas a revisão pela minha seguradora. Entendo que a Flex Dental registrará uma reclamação junto à minha seguradora até duas vezes por compromisso e que qualquer outra apelação de seguro é de minha exclusiva responsabilidade. Também reconheço que sou o único e, em última análise, responsável por pagar todas as despesas não cobertas pelo meu seguro por qualquer motivo, incluindo, mas não limitado a, meu seguro que nega a cobertura de qualquer procedimento, franquias de apólice, política máxima anual ou Benefícios vitalícios excedidos. Seguro pagando uma taxa por um procedimento baseado em seu programa de benefícios habitual e habitual que é menor que as taxas curadas pela Flex Dental para tal procedimento e Flex Dental não recebendo pagamento dentro de 60 dias do procedimento que está sendo realizado, embora eu seja atraente a negação de benefícios de seguro pela minha empresa.



Eu entendo que se eu decidir interromper o tratamento para um procedimento necessário deve ser preenchido pela Floss Dental, incluindo, mas não limitado a, próteses parciais, coroas, ponte, trabalho cirúrgico preparatório, impressões, eu serei responsável pelo pagamento de todos os custos de materiais. Faturas e serviços, incluindo administração e taxas associadas ao tempo do presidente, que foram fornecidos para meu benefício antes da minha decisão de qualquer reembolso, podem ter direito como resultado de qualquer pré-pagamento pelos serviços solicitados.

Compromissos cancelados também podem resultar em cobranças administrativas que serão cobradas no plano de pagamento que foi criado para você.

Entendo que se um cheque, ou qualquer instrumento, ou qualquer autorização eletrônica ou débito enviado ou entregue à Flex Dental para pagamento não for honrado na primeira apresentação, independentemente do motivo, mesmo que o cheque, instrumento ou autorização eletrônica seja Honra mais tarde, serei cobrado uma taxa de serviço. A cobrança é atualmente de US \$ 25.00 e está sujeita a alterações sem aviso prévio.

Quando reservamos tempo para a sua consulta, abrimos espaço em nossa programação para que possamos dedicar nosso tempo e concentrar nossos esforços em atender às suas necessidades. Cancelamentos tardios nos forçam a ter um tempo vazio em nossa agenda, quando poderíamos estar ajudando outro paciente.

Iniciais (____) Há um cardo de US \$40.00 para consultas reservadas quebradas ou alteradas sem aviso prévio de 48 horas para odontologia geral e um cardo de US \$250.00 reservado para nossas consultas com Especialistas sem aviso prévio de 48 horas.

Iniciais (____) Eu entendo que crianças menores não são permitidas nos operadores. Eles são bem-vindos para esperar no lobby, enquanto acompanhados por um adulto.

Iniciais (____) Eu entendo que a taxa para cópias de raios X e informações sobre o tratamento é de US \$15.00 e está sujeita a alterações sem aviso prévio.

Nome do paciente

Assinatura ou guardião

Data