



REGISTRO FORM Sección I:

Información Del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ SSN: ____-____-____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____

Menor Soltero Casado Viudo Apartado Divorciado

Empleador: _____ Teléfono Del Trabajo: (____) _____

Quien te ha referido? _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Quieres recibir nuestro Boletín? Si No

Sección II Persona Responsable (Si no eres tu)

Persona Responsable: Yo Esposa Padre Otra

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____

Empleado: _____ teléfono Del Trabajo: (____) _____

SSN#: _____

Sección III Información del Seguro (Si no tienes, pase sección)

Nombre Del Principal: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Persona Responsable: _____

SSN#: _____ Empleador: _____

Trabaja Del teléfono: (____) _____

Dirección Del Empleado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Compañía De Seguras: _____ Numero De grupo #: _____

ID#: _____

Dirección De La Compañía De Seguros: _____

teléfono De La Compañía De Seguros: _____



Sección IV	Historia Dental
Nombre: _____	
Motiva de la vista de hoy: _____	
Cuando fue tu ultima limpieza: _____	
Compruebe si tiene alguno de los siguientes problemas:	
<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes <input type="checkbox"/> Llegas en la boca	
<input type="checkbox"/> Haciendo clic o stellar la mandibular <input type="checkbox"/> Dientes flojos o rellenos rotos <input type="checkbox"/> Dientes Rotos	
Hay algo acerca de la apariencia de sus dientes con los que no está satisfecho o le gustaría mejorar.	

Sección IV	Medicamentos
Liste los medicamentos que está tomando:	

Sección IV	Alergias (Si ninguno, marque ninguno)
<input type="checkbox"/> Ninguno	
<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 a los Metales
<input type="checkbox"/> Anestesia Local	
<input type="checkbox"/> Aspirina	
Otra _____	

La información anterior es exacta y complete según mi mejor conocimiento. No responsabilizare a mi dentista o ningún miembro de su personal por los errores o omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma Del Doctor: _____ Fecha: _____



Seccion V

Historial Medicado

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre Del Medico: (Si ninguno, marque ninguno): _____

Fecha de la última visita: _____

Numero de teléfono de los médicos: _____

Ha tenido alguna enfermedad o operación grave? _____ En caso afirmativo, sírvase describir y fechar:

Ha tenido un historial de radioterapia? Si No Fechas, si corresponde: _____

Estas tomando anticoagulantes? (Aspiran, Plavix, Coumadin etc.) _____

(Mujer) Estas embarazada? Si No Cuantas meses? _____ Estas tomando anticonceptivos? Si No

Estas tomando bifosfonatos? (Actone, Fosamax) _____

Compruebe si tiene alguno de los siguientes: Si ninguno, marque ninguno

Ninguno

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Problema Hipatico | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificial | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sopio cardiaca | <input type="checkbox"/> VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón – Describir: _____ | | | |

Fumas? Si No Cuanto por día? _____

Otra/Notas:

Firma del paciente: _____

Firma del doctor: _____

Usa de la oficina solamente abajo:

La liberación medica necesaria? _____ Número del teléfono del médico # _____



Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por usted de su Notificación de Practicas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Practicas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento en la dirección a continuación para obtener una copia actual de la Notificación de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja como mi información privada es demandada o revelada para realizar tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basada en este consentimiento.

Nombre: _____

Firma: _____

Persona Responsable: _____

Fecha: _____



Policía Financiar

En consideración por realizar mi cuidado, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Acepto la plena responsabilidad financiera por los servicios que me proporciona Floss Dental y entiendo que el pago se debe realizar en el momento del servicio o antes. Esto incluye visitas de emergencia para mí o cualquiera de mis dependientes, o al inicio del servicio bajo un plan de tratamiento que yo o mis dependientes hemos solicitado.

Si tiene un seguro, le proporcionaremos una estimación de lo que creemos que su compañía de seguros probablemente pague y cobrará la deferencia de usted. Entiendo que mi compañía de seguros puede no cubrir todos los saldos necesarios y puede enviar un cheque de reembolso a mí por servicios que fueron prestados pero no pagados previamente, endosare el cheque a Floss Dental dentro de los 5 días hábiles de dicho pago. Se le facturará cualquier cantidad no pagada por la compañía de seguros. El pago se espera a la recepción de la declaración. Si el pago no se paga de manera oportuna, nos reservamos el derecho de procesar el pago completo en su plan de pago preestablecido.

(____) Iniciales

Si la compañía de seguros paga más de lo que esperábamos, tendrá un crédito en su cuenta. Le enviaremos por correo una declaración informándole del crédito. Puede mantenerlo en su cuenta o podemos devolverlo a usted. Todas las reclamaciones de seguro pendientes deben ser recibidas antes de que podamos emitir cualquier reembolso. Espere 6-8 semanas para su procesamiento.

Intentaremos organizar el pago de su compañía de seguros por un máximo de 60 días. Después de 60 días, usted es completamente responsable de cualquier saldo en su cuenta, sin importar si su compañía de seguros nos ha pagado o no.

Entiendo que todas las reclamaciones de seguro de tratamiento que recibo de Floss Dental están siendo presentadas por Floss Dental con mi autorización como cortesía para mí y están sujetas a revisión por mi compañía de seguros. Entiendo que Floss Dental presentará una reclamación con mi aseguradora hasta dos veces por cita y que cualquier otra apelación de seguro es únicamente mi responsabilidad. También reconozco que soy el único y en última instancia responsable de pagar todos los cargos no cubiertos por mi seguro por cualquier razón, incluyendo, pero no limitado a, mi seguro que niega cobertura para cualquier procedimiento, deducibles de póliza, máximo anual de póliza o beneficios de por vida excedidos. Seguro pagando una cantidad por un procedimiento basado en su programa de beneficios habitual y habitual que es menor que los cargos curados por Floss dental para tal procedimiento y Floss Dental no recibiendo el pago dentro de los 60 días del procedimiento que se está realizando aunque estoy apelando la denegación de los beneficios de seguro por mi compañía.



Entiendo que si opto por interrumpir el tratamiento para un procedimiento requerido debe ser completado por Floss Dental, incluyendo, pero no limitado a, dentaduras parciales, coronas, puente, trabajo quirúrgico preparatorio, impresiones, seré responsable de pagar todos los costos de materiales. Facturas y servicios, incluyendo la administración y los honorarios asociados con el tiempo de la silla, que fueron proporcionados para mi beneficio antes de mi decisión de cualquier reembolso que pueda tener derecho como resultado De cualquier prepago por los servicios solicitados.

Las citas canceladas también pueden dar lugar a cargos administrativos que se cargaran al plan de pago que se creó para usted.

Entiendo que si un cheque, o cualquier instrumento, o cualquier autorización electrónica o deuda enviada o entregada a Floss Dental para el pago no se honra en la primera presentación, independientemente de la razón, incluso si el cheque, el instrumento o la autorización electrónica se honra más tarde, se me cobrara un cargo por servicio. El cargo es actualmente de \$25.00 y está sujeto a cambios sin previo aviso.

Cuando reservamos tiempo para su cita, hacemos espacio en nuestro horario para que podamos dedicar nuestro tiempo y enfocar nuestros esfuerzos en atender sus necesidades. Las cancelaciones tardía nos obligan a tener tiempo vacío en nuestro horario cuando podríamos haber estado ayudando a otro paciente.

Iniciales (____) **Hay un cargo de \$40.00 por citas reservadas rotas o cambiadas sin un aviso de 48 horas para odontología general y un cargo de \$250 reservado para nuestras citas de Especialista sin una notificación de 48 horas.**

Iniciales (____) **Entiendo que los niños menores de edad no están permitidos en los operarios. Ellos son bienvenidos a esperar en el vestíbulo mientras está acompañado por un adulto.**

Iniciales (____) **Entiendo que el cargo por copias de rayos x e información sobre el tratamiento es de \$15.00 y está sujeto a cambios sin previo aviso.**

Nombre del paciente

Firma o tutor

Fecha