

¡Bienvenido! ¡Nos alegra que estés aquí!

Nombre Completo del Paciente: (Hombre/Mujer).....

Prefiero que me llamen: Fecha hoy:

Dirección: Ciudad, Zip:.....

Fecha de Nacimiento: Seguro Social #

Su teléfono: Correo electrónico:

Contacto de emergencia:..... Urgencia teléfono:.....

Seguro:

Empleador:

Compañía de seguros dentales: (proporcionar tarjeta para copia)

Persona responsable de la cuenta si no es paciente:.....

Dirección de facturación (si es diferente):

Nombre del asegurado (si no es el paciente):

Seguro Social del Asegurado: Fecha de Nacimiento del Asegurado

Antecedentes Dentales y Médicos:

¿Eres alérgico a algún medicamento? Cuáles?

¿Está recibiendo tratamiento para alguna condición médica? En caso afirmativo, sírvase explicar:.....

.....

Haz una lista de los medicamentos que estés tomando actualmente:.....

.....

MUJERES: ¿Está embarazada o amamantando? SI NO

¿Aprietas o rechinas los dientes por la noche o durante el día?	Y	N
¿Has experimentado algún crecimiento o dolor en la boca?	Y	N
¿Te sangran las encías?	Y	N
¿Con frecuencia tienes ampollas en los labios o en la boca?	Y	N
¿Tienes algún problema para mantener la boca abierta?	Y	N
¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?	Y	N

¿Ha tenido alguno de los siguientes:

Ataque cardíaco o bypass	YES	NO
Enfermedad de las válvulas cardíacas	Y	N
Prolapso de la válvula mitral	Y	N
Fiebre reumática	Y	N
Presión arterial alta o baja	Y	N
Enfermedad de la sangre	Y	N
Problemas de sangrado (hemofilia)	Y	N
Diabetes	Y	N
Respiratorio (Asma, Enfisema, TUBERCULOSIS)	Y	N
Hepatitis	Y	N
Enfermedad renal	Y	N
Problemas estomacales o intestinales (úlceras)	Y	N
Epilepsia	Y	N
Reemplazo de cadera o articulación	Y	N
Exposición al virus del SIDA	Y	N
Abuso	Y	N
Enfermedad venérea	Y	N
Cáncer o tratamiento oncológico	Y	N

Condiciones de pago y consentimiento de tratamiento:

Entiendo que soy responsable del saldo en mi cuenta independientemente de mi estado de seguro, y que el pago se debe en el momento del servicio.

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar eficazmente mi reclamo con mi compañía de seguros.

Autorizo el pago directamente a mi dentista asistente de los beneficios del seguro de grupo que de otro modo me pagarían.

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender. Se llevará a cabo en la más estricta confianza y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Doy mi consentimiento para el uso de fotografías de mis dientes/boca con fines educativos o de marketing.

Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar.

Firma y fecha:.....

Si está relleno este formulario para alguien que no sea usted, por favor indique su relación con el paciente:

Aviso de privacidad y consentimiento

Jaquery Dental Inc.

56 Penny Lane Suite C, Watsonville CA 95076

Definiciones

- La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico** (HIPAA, por sus siglas en medio) está diseñada para proteger la privacidad de los pacientes.
- Un consentimiento HIPAA es un documento que un paciente firma para confirmar la recepción o acuse de recibo de una declaración de Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina del profesional de la salud según lo requiere la ley.
- La declaración completa está disponible en Jaquery Dental Inc. También está en el sitio web de Jaquery Dental Inc., FreshSmileWatsonville.com.

Aviso de consentimiento

- Entiendo que tengo derecho a la privacidad con respecto a mi información de salud, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este Consentimiento autorizo a Jaquery Dental Inc. a usar y divulgar mi información de salud protegida a:
- Proporcionar tratamiento dental (incluidos los proveedores directos o indirectos afiliados a Jaquery Dental Inc.)
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, compañías de seguros)
- Lleve a cabo operaciones diarias de atención médica en Jaquery Dental Inc.
- Se me ha informado y se me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia de un Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y que puedo ponerme en contacto con usted en cualquier momento para obtener la versión más reciente.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información de salud protegida para recibir tratamiento, autorizar pagos y permitir operaciones de atención médica, pero que no está obligado a aceptar ninguna restricción que pueda solicitar. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con mis restricciones solicitadas.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se ve afectado.

Consentimiento para la divulgación de información confidencial

- Autorizo al dentista a realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento que puedan ser necesarios para la prestación de atención dental adecuada.

- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), para asesoramiento, evaluación y tratamiento, y para administrar reclamos de beneficios de seguro.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), para el asesoramiento y tratamiento por parte de otro dentista u otro profesional de la salud y su personal.

Responsabilidad Financiera

- Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista, de lo contrario pagadero a mí.
- Entiendo que mientras que mi dentista y el personal calcularán los beneficios del seguro, soy responsable del pago de la cuenta y de proporcionar la información correcta del seguro.
- Entiendo que si el seguro no es aplicable cuando se prestan servicios dentales, el pago completo se debe en el momento del servicio.

¿Tenemos permiso para lo siguiente?

- ¿Dejar un recordatorio de su cita en su correo de voz, o por mensaje de texto?
- ¿Hable con otros miembros de su hogar con respecto a su cita?
- ¿Hable de su cita dental con cualquier miembro de su hogar?
- ¿Deja un mensaje en su lugar de trabajo?
- Si Sí a cualquiera de los anteriores, ¿quién?

Nombre del paciente:

Firma:

Fecha: