

¡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:.....
¿Cómo te enteraste de nosotros?

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.

Las cuotas devengarán una TAE (tasa porcentual anual) del 10%.

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

Acuerdo Financiero de Jaquery Dental Inc

Gracias por confiar en nosotros para su cuidado dental. Nos comprometemos a brindarle un excelente servicio y comunicación transparente. Por favor, revise los siguientes términos y no dude en hacernos preguntas—¡estamos aquí para ayudarle!

Términos de Pago

- El pago se debe realizar al momento del servicio, a menos que se haya hecho un acuerdo previo.
- Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito/débito y opciones de financiamiento de terceros.
- Puede aplicarse un cargo por pago atrasado de \$125 después de 90 días.

Seguro Dental y Beneficios

- Como cortesía, enviaremos su reclamo al seguro dental. Cualquier estimación proporcionada se basa en la información disponible y **no garantiza el pago total**.
- Usted es responsable de cualquier saldo no cubierto por su seguro.

Política de Citas Perdidas

- Le pedimos que nos notifique con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.
- Podría aplicarse un cargo de \$___ por ausencias o cancelaciones tardías.

Autorización de Tarjeta de Crédito

- Con su consentimiento, podemos guardar su tarjeta de forma segura para procesar saldos relacionados con su tratamiento.
- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Declaración Obligatoria sobre Reporte de Crédito (Requerido por Ley)

Un tenedor de este contrato de deuda médica tiene prohibido, según la Sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona infringe conscientemente dicha sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor, la deuda será nula e inaplicable.

Términos Adicionales

- Las cuentas morosas pueden ser remitidas a cobros si no se resuelven dentro de ___ días.
- Cualquier disputa legal se regirá por las leyes del Estado de California, en el Condado de Santa Cruz.

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta los términos descritos arriba.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Jaquery Dental Inc – Formulario de Consentimiento HIPAA

Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Como parte de su atención dental, podemos necesitar usar o divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones administrativas. Este formulario describe sus derechos y nuestras responsabilidades bajo la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)**.

Sus Derechos

- Tiene derecho a revisar nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** antes de firmar este consentimiento.
- Puede solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su información.
- Puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento (excepto cuando ya hayamos actuado con base en él).

Nuestras Responsabilidades

- Usaremos su información solo según lo permita la ley y este consentimiento.
- Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o postal para confirmar citas o brindarle información relacionada con su atención.
- Podemos compartir su información con otros proveedores de salud, compañías de seguros o laboratorios según sea necesario para su tratamiento.

Preferencias de Comunicación

- ¿Podemos llamarle, enviarle mensajes de texto o correos electrónicos para confirmar citas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Podemos dejar mensajes de voz en su teléfono? ☐ Sí ☐ No
- ¿Podemos hablar sobre su atención dental con un familiar? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, por favor indique el/los nombre(s):

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido este consentimiento y acepta el uso y divulgación de su información médica según lo descrito.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____