



Información de Paciente

Nombre: _____ Título: Sr./Sra./Orto _____ Apodo: _____ Masculino Hembra
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____
Seguro Social# _____ Fecha de Nacimiento: _____
Requerido para aseguranza
Teléfono: Casa# _____ Celular# _____ Trabajo# _____ E-mail _____
Podemos dejar mensaje? S ___ N ___ Podemos dar información a su familia? S ___ N ___
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono# _____
Doctor Familiar: _____ Dr. Teléfono #: _____
Empleador: _____ Teléfono de Empleador # _____
Dirección de Empleador: _____

¿Si es nuevo a esta oficina, donde fue visto previamente? _____ Nombre de quien lo refirió? _____

Información de Responsable Si no es el paciente, enviar estado de cuenta/factura a:

Nombre: _____ Título: Sr./Sra./Otro _____ Relación al Paciente: _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código: _____
Teléfono: Casa# _____ Cell# _____ Trabajo# _____ E-mail _____
Seguro Social# _____ Fecha de Nacimiento: _____
Requerido para aseguranza
Empleador: _____ Telef. Empleador # _____
Nombre Ciudad

Información de Seguro Dental

Primario: _____ Secundario: _____
Póliza# _____ Grp # _____ Póliza# _____ Grp # _____
Nombre de Asegurado: _____ F.de Nac. _____ Asegurado: _____ F. de Nac. _____
Relación al Paciente _____ Relación al Paciente _____

Autorización y Consentimiento de Servicios

Somos una tarifa para la oficina de servicio, el pago se debe en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque y tarjeta de crédito. También tenemos un plan de pago flexible llamado Care Credit, la información está disponible en nuestra oficina. Si está cubierto por un seguro, su porción debe pagarse en el momento del tratamiento. Un estimado de su porción está disponible a través de nuestro personal de oficina. Como cortesía, presentaremos su seguro por usted dentro de las 24 horas posteriores a su visita. Algunas pólizas de seguro restringen el pago de algunos servicios. Familiarícese con su póliza, en última instancia, usted es responsable de los costos del tratamiento. Si su seguro le paga directamente, usted es responsable de todos los cargos en el momento del servicio. Las cuentas con saldos vencidos de más de 90 días recibirán un aviso de estado moroso. La falta de liquidación de la cuenta dará lugar a cobros de terceros. Se reserva una cantidad específica de tiempo para su cita. Como cortesía a nuestros otros pacientes, solicitamos amablemente un aviso de dos días hábiles al reprogramar citas. La falta constante de notificación adecuada puede resultar en honorarios o despido. Su privacidad es muy importante para nosotros. Podemos usar o publicar fotografías para cualquier propósito legal. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en nuestro sitio web y en nuestra oficina. Reconozco y autorizo el diagnóstico de mi salud dental por medio de radiografías, modelos de estudio, fotografías u otras ayudas diagnósticas que se consideren apropiadas y la divulgación de información, incluido el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen para mí y mis dependientes, a compañías de seguros, pagadores y / o proveedores de atención médica de terceros. Autorizo a mi compañía de seguros a enviar el pago directamente a esta oficina para que se aplique a cualquier saldo pendiente en mi cuenta.

Por la presente certifico que he leído y comprendido la información anterior y que es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente o Responsable

_____ si no es el paciente, su relación _____ Fecha _____

Historial Médico de Paciente**Nombre:**

¿Esta Embarazada? S_____ N_____

¿Se considera en buena salud? S_____ N_____

¿Consume tabaco (fumar o masticar)? S_____ N_____

***En los últimos tres años, ha estado en el hospital? S_____ N_____

Si afirmativo, favor de explicar_____

***En los últimos 3 años, ha dejado de tomar un medicamento? S_____ N_____ Prepárese para hacer una lista de sus medicamentos actuales.

***Toma medicamentos para la densidad de huesos? S_____ N_____

Alguna vez ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental S_____ N_____

Si afirmativo, favor de explicar_____

Indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

Sangrado Anormal S_____ N_____ Asma S_____ N_____ Cáncer/Quimo/Radiación S_____ N_____

Cardiopatías Congénitas S_____ N_____ Insuficiencia cardiaca congestiva S_____ N_____ Enfisema S_____ N_____

Endocarditis S_____ N_____ Epilepsia/trastorno convulsivo S_____ N_____ Infarto S_____ N_____

Trasplante de Corazón S_____ N_____ Derrame Cerebral S_____ N_____

Articulaciones o Válvulas artificiales Y_____ N_____ Si afirmativo, fecha de reemplazo:_____

¿Necesita tomar antibiótico antes de una vista al dentista? S_____ N_____

SIDA/VIH S_____ N_____ Anticoagulante S_____ N_____ Diabetes S_____ N_____

Sensible a Epinefrina S_____ N_____ Soplo Cardíaco S_____ N_____ Hepatitis S_____ N_____

Presión arterial Alta S_____ N_____ Enfermedad de Riñones S_____ N_____ Enfermedad del Hígado S_____ N_____

Presión arterial Baja S_____ N_____ Válvula Mitral S_____ N_____ Osteoporosis S_____ N_____

Marcapasos S_____ N_____ Fiebre Reumática S_____ N_____ Tuberculosis S_____ N_____

Es usted alérgico o ha tenido una reacción a:

Codeína S_____ N_____ Látex S_____ N_____ Anestésicos locales S_____ N_____

Penicilina S_____ N_____ Sulfa S_____ N_____

Tiene alguna otra afección, enfermedad, alergia, etc., que no esté en la lista, ¿que debemos conocer? S_____ N_____

Si afirmativo, favor de explicar_____

¿Está tomando algún medicamento? S_____ N_____

Si afirmativo, indique lista de sus medicamentos aquí.

Entiendo que la información médica es necesaria para brindarme atención dental de manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas lo mejor que se. Entiendo que no actualizar mi historial de salud tiene el potencial de ser peligroso para mi salud. Notificaré a la oficina de cualquier cambio en mi salud o medicamentos. En caso de que se necesite más información, tiene mi permiso para preguntar al proveedor o agencia de atención médica respectiva, quien puede divulgarle dicha información.

Firma del Paciente o Responsable

_____ si no es el paciente, su relación _____ Fecha_____



South - 25947 CR 20, Elkhart, IN 46517 574-293-4213
North - 902 CR 6 East, Elkhart, IN 46514 574-293-7032

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede ser y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento, directa o indirectamente
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones

He sido informado por usted de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento, a la dirección anterior, para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones

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

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Paciente _____
(Padre o Custodio si el paciente es menor)

Doy autorización para divulgar mi información médica protegida a un miembro de la familia o a una persona de mi elección.

Nombre _____ Fecha _____

Relación al Paciente _____

¿Como prefiere que nos comuniquemos con usted? Favor marque las que corresponda.

Llamada _____ Texto _____ Correo Electrónico _____

Podemos dejar mensaje detallado en casa? _____

Podemos dejar mensaje detallado en correo de voz? _____

Podemos dejar mensaje detallado con alguien? _____



Póliza de Cancelación y Citas Perdidas

King Dental Group requiere un aviso de dos (2) días hábiles para cancelar una cita y evitar un cargo por cancelación. En King Dental Group, su salud es importante para nosotros, por lo que se ha reservado tiempo para sus necesidades dentales. Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias. Le pedimos que sea amable y se comuniqué con nosotros para que el tiempo de su cita pueda ser utilizado por otras personas que lo necesiten.

Las citas que se cancelen con menos de dos (2) días hábiles de anticipación, tendrán un cargo de \$60.00. Este cargo es exclusivamente responsabilidad del paciente y debe pagarse en su totalidad ante de la próxima cita. Estos cargos NO están cubiertos por su seguro dental. Si ha fallado varias citas, deberá pagar por adelantado todas sus futuras citas o podrá resultar en ser despedido(a) de King Dental Group.

Por favor firme que ha leído, entendido y está de acuerdo con nuestra Póliza de Cancelación/Citas Perdidas

Nombre de Paciente: _____

Nombre del Responsable (si es menor) _____

Firma del Paciente o Responsable _____

Fecha: _____