

Neighborhood Dental

Informacion de Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Masculino: ___ Hembra: ___

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____ Numero de tel: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Como escuchaste de Neighborhood Dental? (por favor escribe el nombre)

Referido por: _____

Infomacion de padre/guardian de paciente (si es un menor)

Nombre: _____ Relacion a paciente: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo postal: _____

Numero de telefono: (____) _____ - _____ Numero de celular: (____) _____ - _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion a paciente: _____

Numero de telefono: (____) _____ - _____ Numero de celular: (____) _____ - _____

Informacion de Seguro Dental (Primaria)

Empleo: _____ Compania de Seguro: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de grupo: _____ ID de miembro: _____ Numero de tel: _____

Armstrong & Bates DDS, PA

Informacion de Seguro Dental (Secundaria)

Empleo: _____ Compania de Seguro: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de grupo: _____ ID de miembro: _____ Numero de tel: _____

Historia Medical

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, explique: _____

Estas tomando medicamentos, pastias, drogas? No ___ Sí ___ Lista, por favor: _____

¿Necesita premedicarse para alguna condición? Sí _____ No _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Encierre en un círculo "Sí" o "No")

Si No SIDA/VIH positivo	Si No Enfermedad Venerea
Si No Enfermedad de Alzheimer	Si No Epilepsia o convulsiones
Si No Anemia	Si No Desmayos/Mareos
Si No Artritis	Si No Ataque al corazon/Insuficiencia
Si No Valvula Cardiaca Artificial	Si No Soplo cardiaco
Si No Articulacion Artificial	Si No Hepatitis A
Si No Asma	Si No Hepatitis B o C
Si No Enfermedad de Sangre	Si No Herpes
Si No Sangrado Anormal	Si No Presion alta
Si No Diluyente de Sangre	Si No Prolapso de la valvula mitral
Si No Cancer	Si No Atencion mental/psiquiatrica
Si No Quimioterapia	Si No Marcapasos
Si No Herpes labial/ampollas de fiebre	Si No Tratamientos de radiacion
Si No Trastorno cardiac congenito	Si No Enfermedad Respiratoria
Si No Diabetes	Si No Tuberculosis
Si No Enfisema	Si No Tumores o Crecimientos
Si No ¿Toma usted dialysis?	
En caso afirmativo ¿que dias?(Circule)L M M J V	

Usted tiene o ha tenido una enfermeda o suregia que no esta en la lista arriba? Si si, por favor explique: _____

Info. adicional (medical) que usted nos quiere dejar saber: _____

Porfavor indicar Alergias: Penicilina Sulfa Codeina Latex Anestesia local Otro: _____

Mujeres: ¿Estás embarazada? Sí _____ No _____ Fecha de nacimiento _____

¿Estás amamantando? Sí _____ No _____

****Cualquier cita de sabado que se parece perdida o cancelada sin 48 hora aviso, no sea reprogramado para ningun otro sabado****

Políticas y Acuerdo de Financiamiento de la oficina

Política de Cancelaciones

La misión de Neighborhood Dental es proveer lo mejor tratamiento dental para nuestros pacientes. Para proveer el cuidado necesario pedimos a todos los pacientes **llegar al menos 10-15 minutos antes** de la hora de cita. Pedimos a los nuevos pacientes **llegar al menos 15-20 minutos antes** de la cita. Esta solicitud es para darnos suficiente tiempo para verificar la seguridad y para dar al paciente suficiente tiempo para llenar los documentos. Nuestra oficina es bienvenida a las personas que necesitan cita de emergencia; sin embargo tal vez será un tiempo de espera más largo que los pacientes que tienen citas agendadas con tiempo. Es nuestra política para dar prioridad a los pacientes con citas agendadas. En el evento que usted tiene que cancelar la cita por favor hacerlo al menos 24 horas antes de la hora de cita para prevenir la posibilidad de despido. ____ (Iniciales)

Política sobre Confirmaciones de cita

Aquí en Neighborhood Dental, enforzamos una política estricta de confirmaciones. Personal de oficina siempre les llamará **1 semana antes** de cada cita dental. Nos dejamos **3 días** para que el paciente nos pueda regresar la llamada para confirmar la cita. En el evento que usted nos llame y encuentra la línea de teléfono ocupada o si estamos cerrados, por favor deje mensaje confirmando la cita. Nuestra oficina. ____ (Iniciales)

Política de cita quebrada

Nuestra oficina hace lo mejor posible para proveer citas que convienen a usted y su horario. Una cita quebrada o una cita cancelada mismo día causa problema con el horario y también se retrasa el completamiento de su tratamiento dental. Permitimos solamente tres (3) citas quebradas a un paciente ya establecido con nuestra oficina. Una cita quebrada significa como falla de llegar a una cita confirmada o/y una cita cancelada en menos de 24 horas de la hora de cita. Después de los tres citas quebradas, reservamos el derecho de despedirte como paciente de nuestra práctica. Su firma sirve como una confirmación que usted entiende completamente nuestra política de cancelaciones, confirmaciones, y citas quebradas. ____ (Iniciales)

Consentimiento Financiero para Tratamiento

Yo autorizo la liberación de información sobre el cuidado de salud, el consejo, y tratamiento para mí (o de mi hijo/a) para evaluar y administrar reclamos para los beneficios de seguro. Yo entiendo que yo soy responsable de todos los cargos financieros aunque no están pagados por la compañía de seguro. Yo también en este momento asigno pago de seguro a Neighborhood Dental, de mi parte para servicios recibidos. ____ (Iniciales)

He leído y entiendo mis deberes como paciente de la clínica Neighborhood Dental:

X _____ Fecha: ____/____/____

****Cualquier cita de sábado que se parece perdida o cancelada sin 48 hora aviso, no sea reprogramado para ningún otro sábado****

Consento de HIPAA

Yo entiendo que el parte de cuidado de mi salud, Neighborhood Dental obtenga y mantenga registros en papel describiendo la historia medical de mi salud, examinaciones, resultas de pruebas, diagnosticos, tratamiento y plan(es) de tratamiento para servicios en el futuro.

Yo entiendo que esta informacion sirve para:

- Un medio de comunicacion para los profesionales medicales quien contribuye a mi cuidado.
 - Un base para planiar mi tratamiento y cuidado.
 - Un Fuente de informacion para aplicar mi diagnosticos y informacion surgical a mi cuenta.
- Un método para que mi seguro pueda verificar que los servicios entregado se hayan hecho en realidad, y
una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como la evaluación de la calidad.

Yo entiendo que yo tengo los derechos y privilegios que sigue:

El derecho de oponer el uso de mi informacion para propositos del directorio, y el derecho para pedir restricciones en como mi informacion de salud puede estar usado y revelado para continuar tratamiento, pagos o operaciones de salud. Yo entiendo que si yo pongo restricciones en como mi informacion de salud sera usado, Neighborhood Dental **no** esta obligado a aceptar los restricciones pedidos. Yo entiendo que puedo revocar mi decision por carta escrito, menos los acciones que la clinica ya han hechos. Yo entiendo que si me niego de firmar esta consento o si revoco esta consento, Neighborhood Dental tiene el derecho de negar de tratarme como paciente.

Yo deseo que los siguiente restricciones sea aplicado al uso o revelacion de mi informacion de salud:

Yo entiendo que parte de tratamiento, pagos o operaciones de salud de esta clinica, sera necesario par revelar mi informacion de salud protegida a otro entidad. Doy consento a Neighborhood Dental para revelar dicha informacion para los razones permitidos, incluyendo informacion revelado por fax.

Yo entiendo y acepto los termos de este consento:

X _____ Fecha: ____/____/____

****Cualquier cita de sabado que se parece perdida o cancelada sin 48 hora aviso, no sea reprogramado para ningun otro sabado****

REGLA GENERAL HIPAA

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Usted pueda negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: _____

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.

Por favor, **escribe** su nombre aquí _____

Por favor, **firma** su nombre aquí _____

Representante Legal _____

Descripción de la Autoridad _____

CÓMO DESEA ESTAR DIRIJIDO CUANDO SEA LLAMADO EN LA ÁREA DE RECEPCIÓN:

o Sólo primer nombre o Apellido propio o Otro _____

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD: (Esto incluye padrastrs, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

YO AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN VIA:**

- Confirmación al Teléfono Celular
- Confirmación al Teléfono del Casa
- Confirmación al Teléfono de Trabajo

- Confirmación por Correo Electrónico
- Mensaje de texto a mi Teléfono Celular
- Cualquiera de las anteriores**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA COMUNICADA VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular
- Confirmación al Teléfono del Casa
- Confirmación al Teléfono de Trabajo

- Confirmación por Correo Electrónico
- Mensaje de texto a mi Teléfono Celular
- Cualquiera de las anteriores**

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Sólo uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

- Era un tratamiento urgente: _____
- No pude comunicarme con el paciente: _____
- El paciente se negó a firmar: _____
- El paciente no podía firmar porque: _____
- Otro (por favor, describa): _____

X _____

Firma del Oficial de Privacidad

****Cualquier cita de sabado que se parece perdida o cancelada sin 48 hora aviso, no sea reprogramado para ningun otro sabado****