

# Neighborhood Dental

## Informacion de Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_ Hembra: \_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo postal: \_\_\_\_\_ Numero de tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estas actualmente bajo el cuidado de un Medico: Si \_\_\_ No \_\_\_ Si si, explique porfavor: \_\_\_\_\_

Estas tomando medicamentos, pastias, drogas? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si si, explique porfavor: \_\_\_\_\_

Porfavor marque "si" o "no" para indicar si usted tiene o ha tenido cualquiera del siguiente:

- |   |   |
|---|---|
| Si No Alergia en la piel                    | Si No Phen-pantano                      |
| Si No Alta Presion                          | Si No Prolapso mitral de valvula        |
| Si No Amigdalitis                           | Si No Problemas de la espalda           |
| Si No Anemia                                | Si No Problema circulatorios            |
| Si No Artritis/Reumatismo                   | Si No Problema de nervios               |
| Si No Asma                                  | Si No Problema de respirar              |
| Si No Ataque de panico                      | Si No Problema de tiroides              |
| Si No Baja presion                          | Si No Quimioterapia                     |
| Si No Cancer                                | Si No Sangrar irregularmente            |
| Si No Cuidado psiquiatrico                  | Si No SIDA/VIH                          |
| Si No Diabetes Tipo _____                   | Si No Sinusitis                         |
| Si No Desmayar/Mareo                        | Si No Soplo en el corazon               |
| Si No Dolores de Cabeza                     | Si No Tos, persistente con sangre       |
| Si No Embarazada fecha de vencimiento _____ | Si No Tratamientos de cortisone         |
| Si No Estas amamantado                      | Si No Tratamiento de radiacion          |
| Si No Enfermedad de sangre                  | Si No Tuberculosis                      |
| Si No Enfermedad en el higado               | Si No Tumor                             |
| Si No Enfermedad en el rinon                | Si No Ulcera                            |
| Si No Enfermedad respiratoria               | Si No Valvulas Artificiales del corazon |
| Si No Enfermedad venerea                    |   |
| Si No Enfisema                              |   |
| Si No Epilepsia                             |   |
| Si No Escarlatina                           |   |
| Si No Fiebre reumatica                      |   |
| Si No Glaucoma                              |   |
| Si No Hepatitis Tipo _____                  |   |
| Si No Herpes                                |   |
| Si No Recibes dialysis                      |   |
| Si No Hinchason-glandulas del cuello        |   |
| Si No Hinchason-los pies/tobillos           |   |
| Si No Ictericia                             |   |
| Si No La perdida de peso (inexplicado)      |   |
| Si No Lesiones congenitas de corazon        |   |
| Si No Marcapasos                            |   |

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

Que dia? Lun Mar Mie Jue Vie

Usted tiene o ha tenido una enfermedad 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: \_\_\_\_\_

## **Políticas y Acuerdo de Financial del oficina**

### **Política de Cancelaciones**

La mision de Neighborhood Dental is proveer lo mejor tratamiento dental para nuestra pacientes. Para proveer el cuidado necesario pedimos a todo pacientes **llegar al menos 10-15 minutos antes** de la hora de cita. Pedimos a los nuevo 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 la la bienvenida a las personas que necesita cita de emergencia; sin embargo tal vez sera un tiempo de espera mas largo que los pacientes que tienen citas apuntado con tiempo. Es nuestra policia para dar prioridad a los pacientes con citas apuntados. 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 el posibilidad de despido. \_\_\_\_ (Iniciales)

### **Política sobre Confirmaciones de cita**

Aqui en Neighborhood Dental, enforzamos una policia estricta de confirmaciones. Personal de oficina siempre les llamara **1 semana antes** de cada cita dental. Nos dejamos **3 dias** para que el paciente nos pueda regresar la llamada para confirmar la cita. En el evento que usted nos llame y encuentra la linea de telefono 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 conviene a usted y su horario. Una cita quebrada or una cita cancelada mismo dia causa problema con el horario y tambien se retrasa el complecion de su tratamiento dental. Permetimos solamente tres (3) citas quebradas a un paciente ya establecido con nuestra oficina. Una cita quebrada significa como falla de llegar a una cita confirmado o/y una cita cancelado en menos de 24 horas de la hora de cita. Despues de los tres citas quebradas, reservemos el derecho de despedirte como paciente de nuestra practica. Su firma sirve como una confirmacion que usted entiende completamente nuestra póliza de cancelaciones, confirmaciones, y citas quebradas. \_\_\_\_ (Iniciales)

### **Consentimiento Financiero para Tratamiento**

Yo autorizo la liberacion de informacion sobre el cuidado de salud, el consejo, y tratamiento para mi (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 estan pagados por la compania de seguro. Yo tambien en este momento asigno pago de seguro a Neighborhood Dental, de mi parte para servicios rendidos. \_\_\_\_ (Iniciales)

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

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

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**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, resultados 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 quirurgica 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

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

Neighborhood Dental para revelar dicha información para los razones permitidos, incluyendo información revelado por fax.

**Yo entiendo y acepto los términos de este consentimiento:**

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 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 DIRIGIDO 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 padrastros, 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

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

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\*\***