

# Formato de Registro del Paciente

Fecha de Cita: \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Primer Nombre del Paciente		Segundo Nombre		Apellido (como aparece en su ID)	
Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento (Edad)		Número de Seguro Social	
Dirección del Paciente			Ciudad	Estado	Zip
Teléfono de Casa		Teléfono Móvil		Dirección de correo electrónico	
Referido por					

## Información del Empleador / Escuela

Empleador/Escuela		Ocupación		Teléfono del Empleador/Escuela	
Dirección de Empleador/Escuela			Ciudad	Estado	Código Postal

## Información de Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia		Teléfono de Contacto de Emergencia		Relación con Paciente	
----------------------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------	--

## Persona (s) Responsable

Nombre en la Factura (si no es el mismo del paciente)		Teléfono		Relación con el Paciente	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal

## Financial Policy

Tenemos un formulario de registro de pacientes al que hemos hecho las siguientes adiciones. Necesitamos traducir lo siguiente para añadir a los formularios de facturación en español.

Gracias por elegir a Buford Family Dental como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención dental de por vida. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que usted lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento. Tenga en cuenta que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. El pago se realiza en el momento en que se presta el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Amex y Discover.

Atención: los cheques devueltos están sujetos a tasas adicionales. En el caso de que sea necesario que nuestra oficina reclute un servicio de recolección y / o asistencia legal, usted será responsable de cualquier recolección y / o cargos legales hasta el 35%.

Le ayudaremos a procesar sus reclamaciones de seguro. Como una cortesía a usted, le proporcionaremos una estimación de seguro, sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará exactamente como se estima. Su compañía de seguros y los beneficios de su plan determinan en última instancia la cantidad pagada. Haremos lo que podamos para asegurarnos de que su estimación sea exacta.

Todos los cargos incurridos son de su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Debemos enfatizar que, como su proveedor de cuidado dental, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas habituales y acostumbradas.

Le pedimos que firme este formulario y cualquier otro documento necesario que pueda requerir su compañía de seguros. Esto le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina.

Le pedimos que pague el deducible y el copago, que es la cantidad estimada que no cubre su compañía de seguros en efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Amex o Discover cuando le brindamos el servicio.

Los pagos del seguro generalmente se reciben dentro de 30-60 días desde el momento de la presentación. Si su compañía de seguros no ha hecho el pago dentro de los 60 días, le pediremos que se comunique con su compañía de seguros para asegurarse de que se espera el pago. Si el pago no se recibe o su reclamación es denegada, usted será responsable de pagar el monto total.

Vamos a cooperar plenamente con las regulaciones y las solicitudes de su compañía de seguros que pueden ayudar en la reclamación que se paga. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre ninguna reclamación.

El financiamiento externo está disponible bajo petición y aprobación. Por favor, compruebe si está interesado en información sobre opciones de financiamiento.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriores. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad por el pago de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mis dependientes o para mí es mía, debida y pagadera en el momento en que los servicios se prestan, a menos que se hayan hecho arreglos financieros. Además, entiendo que un financiamiento, facturación, cobro y honorarios de abogados se agregarán a cualquier saldo vencida.

Al firmar a continuación, nos autoriza a llamarle a cualquier número que proporcione, incluyendo llamadas a dispositivos móviles o celulares o dispositivos similares para cualquier propósito legal. Usted acepta los honorarios o cargos que pueda incurrir por una llamada entrante de nosotros, y / o llamadas salientes a nosotros, hacia o desde cualquier número, sin el reembolso de nosotros.

Nombre \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Cita: \_\_\_\_\_

### Razón de Visita

¿Qué lo trae a la clínica?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales

¿Está tomando algún medicamento para adelgazar sangre?

Si  No

¿Toma algún medicamento contra la osteoporosis (medicamento para hueso)?

Si  No

¿Que medicamentos toma actualmente?

Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____

### Historial Dental

¿Cuándo fue su ultimo examen dental?

Fecha \_\_\_\_\_

¿Cuándo tomó sus últimos Rayos X?

Fecha \_\_\_\_\_

¿Cada cuanto se cepilla?

¿Cada cuanto se hila?

#veces/día \_\_\_\_\_

#veces/día \_\_\_\_\_

¿Se lima sus dientes?

Si  No

¿Ha tenido tratamiento de ortodonico (frenos)?

Si  No

### Historial Médico Anterior

¿Ha tenido aldo de lo siguiente?

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Desorden Sangrante	<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enferm. de a Sangre	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Fiebre fría
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Colon irritable	<input type="checkbox"/> Enferm. de Cardíaca
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas Corazón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis-A,B,o C
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Presión Alta

### Odontología Cosmética

¿ Está interesado en blanquear sus dientes?

Si  No

¿ Está interesado en enderezar sus dientes con frenillos invisibles?

Si  No

### Alergias

¿Es alérgico a algo de lo siguiente?

<input type="checkbox"/> Cinta Adhesiva	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Látex
<input type="checkbox"/> Barbiturates (Para dormir)	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Iodo
<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Anestecia Local

¿Tiene otras alergias?

Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

### Hospitalizaciones y Cirugías

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido tratamientos periodontales (encías)?

Si  No

¿Tiene algo de lo siguiente?

<input type="checkbox"/> Mal Aliento	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Parciales
<input type="checkbox"/> Sangre en las sencias	<input type="checkbox"/> Dificultad al mascar	<input type="checkbox"/> Sensibilidad fría
<input type="checkbox"/> Ampollas en la boca	<input type="checkbox"/> Dolor orejas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad Caliente
<input type="checkbox"/> Rellenos rotos	<input type="checkbox"/> Dolor boca	<input type="checkbox"/> Sensibilidad dulce
<input type="checkbox"/> Clic en su Quijada	<input type="checkbox"/> Diente flojo	<input type="checkbox"/> Sensibilidad
<input type="checkbox"/> Dentadura	<input type="checkbox"/> Llagas en la boca	<input type="checkbox"/> Presión Encías inflamadas
<input type="checkbox"/> Dificultad de abrir o cerrar		

<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de articulation	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Desorden de Riñones	<input type="checkbox"/> Marcapasos para el corazon	<input type="checkbox"/> Desorden de Tiroides
<input type="checkbox"/> Desorden de Hígado	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enferm. de Pulmones	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Desorden de Articulaciones
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Problema de la Piel	
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Infarto al Corazon	

### Sólo mujeres

¿Está embarazada?

Si  No

¿Está amamantando?

Si  No

Firma del Paciente o Guardián Autorizado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

### **Aviso de Privacidad Prácticas Resumen**

Describe cómo se pueden usar y comparte datos de salud sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

- I. Cómo podemos utilizar datos de salud acerca de usted:
  - a. Tratamiento – podemos utilizar o compartir su información de salud para darle tratamiento médico u otros tipos de servicios de salud.
  - b. Pago: podemos utilizar o compartir su información de salud para factura o una tercera parte para el pago por los servicios proporcionados a usted.
  - c. Operaciones de cuidado de la salud: podemos utilizar y compartir datos de salud acerca de usted para nuestras propias operaciones tales como control de calidad, supervisión, evaluación de resultados, auditoría, etc. del cumplimiento.
- II. Revelaciones donde no tenemos que darle la oportunidad de estar de acuerdo o de objeto:
  - a. Para ti
  - b. Como es requerido por ley federal, estatal o local
  - c. Si se sospecha de abuso o negligencia
  - d. Riesgos para la salud pública para actividades de salud pública para prevenir y control de la enfermedad.
  - e. Demandas y disputas en respuesta a una orden judicial o administrativa.
  - f. Law enforcement para ayudar a ley encargados de responden a las actividades delictivas.
  - g. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
  - h. Órgano o tejido instalaciones donación si usted es un donante de órganos
  - i. Para evitar una amenaza individual o la salud pública o seguridad
- III. Revelaciones donde tenemos que darle la oportunidad de estar de acuerdo o de objeto:
  - a. Directorios pacientes – usted puede decidir qué datos de salud, si quieres aparecer en directorios de pacientes.
  - b. Las personas involucradas en su cuidado o el pago de su atención – podemos compartir sus datos de salud con un miembro de la familia, un amigo cercano u otra persona que usted bautizado como estar involucrado con su cuidado de salud.
- IV. Otros usos de datos de salud: otros usos no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizará sólo con su consentimiento por escrito.
- V. Tienes estos derechos para los datos de salud que mantenemos sobre usted:
  - a. Derecho a inspeccionar su expediente médico y a recibir una copia de su expediente médico a petición.
  - b. Derecho a modificar la información en su expediente médico cree es incorrecta o incompleta.
  - c. Derecho a saber a quien nos hemos revelado información sobre su salud.
  - d. Derecho a pedir límites en los datos de salud que damos por ti.
  - e. Derecho a recibir comunicaciones de nosotros acerca de su información médica en formas alternativas.
  - f. Derecho a una copia de la notificación completa de prácticas de privacidad.

---

**Aviso de Recibo de Las Prácticas de Privacidad**

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Buford Family Dental.

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de impresión: \_\_\_\_\_