



Información del Paciente (Confidencial)

La fecha De Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Teléfono: _____ Alte #: _____ SSN: _____
Correo electrónica: _____

Parte Responsable

(Circule uno) Yo / Padre / Guardián / Grupo Hogar & Tomador del Cuidado

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____

Numero De Casa: _____ Alt # _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MÉDICA

Por favor, describa la salud actual del paciente (circule): EXCELENTE BUENO MAL

Altura _____ Peso: _____

El paciente ha tenido alguno de los siguientes problemas medicaos?

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| S N Diabetes | S N Miembros de familia con problemas con anestesia | S N Usa Bisfosfonatos |
| S N Cáncer | S N Asma/ Problemas de pulmón | S N Cualquier operación |
| S N Tuberculosis | S N Defectos Cardiacos/ Soplos del Corazón | S N Convulsiones/ Epilepsia |
| S N Parálisis cerebral | S N Problemas de sangrado | S N Retrasado en el desarrollo |
| S N actualmente embarazada | S N Reumática/ Fiebre escarlata | S N Alergias a alguna droga |
| S N Alegría al látex | S N Autismo/ Síndrome de Down | S N VIH/SIDA |
| S N Problemas con el sistema endocrino | | |
| S N Cualquier estancia en el hospital | | |
| S N Otra cosa: _____ | | |

Por favor discutir cualquier problema médico que el paciente tiene/tenia:

Por Favor, una lista de todos los medicamentos que el paciente está tomando actualmente:

MEDICACIONES	DOSIS	DIRECCIONES

Es el paciente está actualmente bajo el cuidado de un medico? S N Fecha de la última visita: _____

Medico: _____ Numero de Oficina: _____ Numero del Fax: _____

La información en este cuestionario es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información se llevara a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad de informar al médico de cualquier cambio en el estado medico de mi hijo/a a la mayor brevedad posible.

Firma del Paciente / Padre / Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____



INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Compañía de seguros: _____
Numero de Telefono: _____
Número de grupo / póliza: _____
Nombre del Suscriptor: _____
identificación de suscriptor: _____
Suscriptor Fecha de Nacimiento ___/___/___
Número de seguridad social del suscriptor:
_____ - _____ - _____

Compañía de seguros: _____
Numero de Telefono: _____
Número de grupo / póliza: _____
Nombre del Suscriptor: _____
identificación de suscriptor: _____
Suscriptor Fecha de Nacimiento ___/___/___
Número de seguridad social del suscriptor:
_____ - _____ - _____

PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS (MENORES)

PADRE / GUARDIAN # 1

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zip: _____
Numero de Telefono: _____
Cell : _____
Número de seguridad social : _____ - _____ - _____

PADRE / GUARDIAN #2

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zip: _____
Numero de Telefono: _____
Cell : _____
Número de seguridad social : _____ - _____ - _____

** Por favor notifique al personal de recepción si hay cobertura dental adicional disponible he revisado la information. Anterior y reconozco mis respuestas son verdaderas y precisas.

También reconozco la plena responsabilidad de mi cuenta independientemente de la participación del seguro.

Firma del Paciente/ Padre/ Guardian Legal: _____ **Fecha:** _____

Reviewed by: _____ *Date:* _____



Póliza Financiera

Para evitar cualquier pregunta sobre nuestra política financiera, por favor lea las siguientes afirmaciones:

****El pago es debido antes de los servicios prestados
Y se espera que antes del tratamiento independientemente de toda participación seguros.****

*Aceptamos Efectivo, Tarjetas de Débito, MasterCard, Visa, American Express y Care Credit con una ID válida. No se aceptan cheques
*Cualquier cuenta de más de 90 días se considera delinciente y podría ser objeto de colección de terceros. Cargos asociados con la colección de terceros son responsabilidad de los padres o tutores

HIPAA

Según la ley de responsabilidad y portabilidad del Seguro de Salud De 1996 (HIPAA-Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), información personal identificable será utilizado para, pero no limitado a, los siguientes: tratamiento; para obtener la autorización de tratamiento previo o pago de seguro dental; para obtener los registros de consultorio dental anterior; remisión a un especialista; derivación a un centro de cirugía y el anestesiólogo asociado; presentación de reclamaciones electrónicas; transmisiones de fax; firmar en las hojas; recordatorios de citas o tarjetas de memoria; o para la colección de terceros en cuentas morosas. Este acuerdo de asociado de negocio es un acuerdo de su parte para mantener su información privada y protegida.

Para Los Pacientes Con Seguro Dental: Debido a las leyes HIPAA, nos proporcionó información general sólo sobre su póliza dental. Historia dental previa de su hijo no es revelada cuando verificar la elegibilidad. Es responsabilidad de padres o adulto del paciente a notificar a la oficina de anteriores procedimientos dentales como mordida filmar, películas panorámicas y sellantes. No aceptamos ninguna responsabilidad si su seguro le niega el pago. Nuestra oficina asume ninguna responsabilidad por cualquier información sobre el seguro recibida, incluyendo pero no limitado a los beneficios permitidos; limitaciones; restricciones; exclusiones; fecha de terminación; o estado de una política de 'cobra'. El seguro dental es un contrato entre el suscriptor y la aseguradora, no el consultorio dental. Es responsabilidad del suscriptor o el padre para comprender su política dental y limitaciones, restricciones o exclusiones cobra estado o terminación fecha específica para que la política.

Si Su Seguro No Esta Listado Arriba: Podemos estar fuera de la red con su proveedor dental. Póngase en contacto con su proveedor dental para comprobar nuestro estado de 'red'. Si usted está fuera de la red, todavía seamos capaces de tratar al paciente. Fuera de la red beneficios se asignan al paciente no el proveedor por lo tanto el costo total de tratamiento dental tendrá que ser pagado por adelantado, cualquier beneficio dental se enviará al suscriptor por la compañía de seguros. Estimado y partiendo de un arancel razonable y habitual utilizado a nivel nacional por las compañías dentales de fuera de red todos los copagos planes fuera de la red de proveedores. Calculados pagos vencen en el momento de la visita. Si tú (o su hijo) requiere tratamiento dental extenso, nuestra oficina presentará un presupuesto de tratamiento previo antes de iniciar el tratamiento. Usted será responsable por cualquier balance no cubierto por su compañía dental. Las disputas son manejadas por el suscriptor directamente con su seguro.

Estimaciones De Tratamiento: Nunca son garantía de beneficio o pago. **Beneficio real no está determinado hasta su seguro recibe una demanda de tratamiento para su procesamiento final.** La mayoría de las compañías de seguros tienen directrices específicas en cuanto a pago de procedimientos. Beneficios dentales se basan en la asignación máxima anual, deducible y las limitaciones, restricciones o exclusiones específicas a su política, y el arancel establecido por su proveedor dental. También, muchas compañías de seguros tienen un 'máximo permisible' procedimiento que puede ser menos que los honorarios presentados por nuestra oficina. **El paciente, padre o guardián es responsable de cualquier balance restante a menos que se determine lo contrario por un contrato de proveedor participante como se indicó anteriormente.**

Reclamaciones de seguros o tratamiento estimados son presentadas como una cortesía a nuestros pacientes. La presentación de su reclamación dental de ninguna manera reduce la responsabilidad personal o financiera o directamente a la oficina. A presentar reclamaciones una vez si una compañía de seguros no responde con una autorización o pago en el plazo de 60 días. Independientemente de la afiliación de un paciente con un seguro dental específico o del tipo de cobertura dental, el paciente o suscriptor es responsable de cualquier saldo no pagado.

He leído, entiendo y acepto el contrato de póliza financiera. Entiendo y acepto totalmente la responsabilidad financiera de mi cuenta de mis hijos. Entiendo y acepto completamente que soy responsable de CUALQUIER saldo en la cuenta, independientemente de mi participación en algún seguro dental. Si estoy asegurado, mi firma permite la asignación de beneficios directamente a East Bay Dental Surgery. Este acuerdo cubre, pero no se limita a consultas, exámenes y tratamientos realizados desde la fecha inicial hasta 1 (un) año.

Firma del Paciente/Padre/Guardian Legal: _____ Fecha: _____



PACIENTE AUTORIZACION DE PRIVACIDAD Y DIVULGACION- HIPPA

NUESTRO COMPROMISO DE PRIVACIDAD

Respetamos su privacidad. Distintos de los necesarios usos y divulgaciones que describimos no venderemos su información de salud o cualquiera de su información de salud proporcionar a cualquier empresa externa de marketing

USOS Y DIVULGACIONES

A continuación encontrará ejemplos de cómo es posible que tengamos que usar o divulgar su información de salud.

Su médico o a un miembro del personal tenga que revelar su información médica a otro médico o a un hospital si es necesario remitirlo a ellos para diagnóstico, evaluación o tratamiento de su condición de salud.

Puede que sea necesario para nuestro seguro o facturación personal divulgar su examen y registros de tratamiento y sus registros de facturación a otra parte como una compañía de seguros, su empleador, un miembro de la familia, otro pariente o cercano amigo personal que está involucrado en su cuidado o para facilitar el pago relacionadas con su cuidado. Puede ser necesario utilizar sus registros de información seguimiento y tratamiento de la salud facturación registros para fines de control de calidad o para otros fines administrativos realizar eficiente y eficazmente nuestra práctica. Puede ser necesario el uso de su información (ej. nombre, dirección, número de teléfono y sus registros clínicos) en contacto con usted para proveer recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros salud relacionados con la información que pueden ser de interés para usted. Si no estás en casa recibir un recordatorio de la cita, se dejará un mensaje en su contestador automático.*Note, como nuestro paciente posee el derecho a rechazar nuestra oficina para contactarlo en relación con las circunstancias antes mencionadas. Sin embargo usted no nos da autorización podría afectar los métodos que utilizamos para obtener reembolso para su cuidado.

PERMITIR USOS Y DIVULGACIONES SIN SU CONSENTIMIENTO O AUTORIZACION

Bajo la ley federal nos permita o requiera utilizar o revelación de su información médica sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias.

Si estamos proporcionando servicios a usted basado en las órdenes de otro proveedor de atención médica.

Si le proporcionamos servicios de salud en una situación de alivio de desastre o emergencia.

Si estamos obligados por ley a tratar y somos capaces de obtener su consentimiento después de intentar hacerlo.

Si ofrecemos servicios de atención médica a usted como resultado de lesión de compensación del trabajador.

Si usted fuera un miembro de las fuerzas armadas estamos obligados por las autoridades de comando militar para divulgar su información de salud.

Si ofrecemos servicios de atención médica a usted como un preso.

Aparte de las circunstancias anteriores cualquier otro uso o divulgación de su información de salud sólo se hará con su consentimiento por escrito.

SU DERECHO A REVOCAR SU AUTORIZACION

Usted puede revocar su autorización de liberación de privacidad de nosotros en cualquier momento. Sin embargo su revocación debe ser por escrito. Puede llamar para obtener información sobre la revocación de su autorización durante el horario normal o envíe su solicitud a la dirección arriba indicada. Existen dos circunstancias bajo las cuales no podremos honrar su petición de revocación. Si ya hemos liberado la información sobre su salud antes de que hayamos recibido su petición de revocar la autorización. Si debían dar su autorización como una condición de la obtención de seguros la compañía de seguros tenga derecho a la información sobre su salud si deciden impugnar cualquiera de sus reclamos.

SU DERECHO HA LIMITAR EL USO O DIVULGACIONES

Si hay prestadores de salud, hospitales, empleadores, aseguradoras, u otros individuos u organizaciones a quien no desea revelar su información de salud por favor háganoslo saben por escrito qué individuos u organizaciones a quien no desea revelar su información de salud. No estamos obligados a aceptar sus restricciones sin embargo si estamos de acuerdo con sus restricciones la restricción es vinculante para nosotros. Si no estamos de acuerdo a sus restricciones pueden dejar su solicitud o usted es libre de solicitar la atención de otro médico.

Normalmente les damos información sobre su salud a usted en persona en el momento de que recibir servicios de nosotros. Nosotros también podemos enviar información con respecto a su salud o sobre el estado de su cuenta. Haremos nuestro mejor esfuerzo para dar cabida a cualquier solicitud razonable si le gustaría recibir información en forma diferente. Para ayudarnos a responder a sus necesidades por favor cualquier petición por escrito.

SU DERECHO HA MODIFICAR SU INFORMACION DE SALUD

Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud para siete años a partir de la fecha fue creado el registro o mientras la información sigue siendo en nuestros archivos. Se requiere su solicitud para enmendar sus expedientes para ser escrito y que nos dan una razón para apoyar el cambio que solicita hace su derecho a recibir cuentas de las divulgaciones que hemos hecho de sus registros.



(Paciente privacidad cont.) HIPPA

Tiene derecho a solicitar que le demos una contabilidad si las revelaciones que hemos hecho de su información de salud para los últimos seis años antes de la fecha de su solicitud. Esta contabilidad se incluyen todas las declaraciones excepto:

Esas divulgaciones necesarias para su tratamiento, para obtener pago por sus servicios o a ejecutar la práctica.

Esas divulgaciones hechas a usted.

Las revelaciones necesarias para mantener un directorio de las personas en nuestras instalaciones o a los individuos involucrados en su cuidado.

Las divulgaciones hechas para propósitos de seguridad o inteligencia nacionales.

NUESTROS DERECHOS: Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.

Debemos respetar los términos y condiciones de este aviso mientras esté en vigencia. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de privacidad. Si hacemos un cambio en nuestros términos de privacidad que se aplicará el cambio de toda nuestra información de salud en nuestros archivos.

RE DIVULGACION: Información que usamos o Divulgamos puede ser sujeto a re divulgación por la persona a quien proporciona la información y ya no puede estar protegido por las normas federales de privacidad.

POR FAVOR ELIJA Y FIRME

****Inicie la casilla que le corresponde ****

YO AUTORIZO *East Bay Dental Surgery* Para utilizar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente. Autorización para liberar los registros. Autorizo voluntariamente la liberación de la información pertinente a mi caso para cualquier empresa, ajustador, abogado o cuidado facilidad de seguros involucrado en mi salud y bienestar. También estoy reconociendo que tengo entendido que puedo recibir una copia en papel con esta autorización a mi petición. Esta autorización vencerá siete años después de la fecha en que usted recibió por última servicios de nosotros, a menos que recibamos notificación por escrito para esta autorización antes del término.

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente o los padres/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

YO NO AUTORIZO *East Bay Dental Surgery* Para usar o divulgar mi información de salud de la manera escrita arriba.

Firma del paciente o los padres/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO DENTARIO PEDIÁTRICO

*** Iniciales en las cajas ***

Certifico que soy el tutor legal permanente del paciente. El tutor temporal, pariente o padre adoptivo no puede dar consentimiento para el tratamiento dental o la anestesia general.

1. RAYOS X, FOTOGRAFÍAS, PREVENTATIVAS

Los rayos X y las fotografías pueden ser necesarios para documentar y diagnosticar las caries dentales y la higiene bucal. Entiendo que las fotos y los rayos x son registros clínicos privados y no serán compartidos con nadie, excepto con el guardián. Consiento en el cuidado preventivo, incluyendo limpieza, fluoruro, selladores y desbridamiento completo de la boca si es necesario para el diagnóstico.

2. DROGAS Y MEDICAMENTOS

Consiento en el uso de los medicamentos necesarios para el tratamiento de los tratamientos dentales. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas al dentista con respecto a la medicación utilizada. Entiendo que existe un riesgo de reacción alérgica a todos los medicamentos. Consiento el uso de Anestesia Local para mi tratamiento dental. Entiendo que la anestesia local puede contener epinefrina, y han aconsejado a mi dentista si tengo alguna enfermedad cardiaca, los medicamentos pueden incluir, anestesia local, sedantes, analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios.

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la más común la terapia del conducto radicular después de los procedimientos restauradores de rutina. Doy mi permiso al dentista para realizar todos los cambios y adiciones según sea necesario. Si estoy eligiendo sedación, y el plan de tratamiento cambia durante la sedación.

Deseo continuar con el tratamiento a discreción del dentista.

No deseo continuar el tratamiento, El dentista debe terminar el procedimiento y despierta a mi niño, para discutir otras opciones.

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Alternativas al retiro me (tratamiento de conducto radicular, coronas y cirugía periodonto, etc.) han sido explicados y autorizo al dentista para eliminar los siguientes dientes y cualquier otro necesario para la razón en el párrafo #3. Entiendo que los dientes no siempre quitar la infección si está presente, y puede ser necesario someterse a más tratamiento. Entiendo los riesgos de tener dientes quitados, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, la propagación de la infección, alveolitis seca, pérdida de la sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que puede durar por un período indefinido de tiempo (días o meses) o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento por un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de la que es mi responsabilidad.

5. CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Entiendo que a veces no es posible emparejar el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Entiendo que necesito una corona de acero inoxidable para cubrir todo el diente debido a caries, fractura o pulverización. Mi corona está hecha de acero inoxidable. He discutido las opciones con mis dentistas. Si la corona es desalojada, entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina cuanto antes, que la corona vuelva a cementado. Falta de notificación al dentista de una corona caída, puede resultar en nueva visita a un nuevo centro a. Coronas pueden necesitar un ajuste para obtener la oclusión correcta.

7. PULVERIZACION

Me doy cuenta que no hay garantía que tratamiento de pulpotomía/pulpectomía salvará mi diente, y que las complicaciones pueden ocurrir con el tratamiento, y que ocasionalmente archivos de metal pueden romperse en el canal de la raíz, que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que necesito una pulpotomía/pulpectomía por caries que se extiende hacia la pulpa, pulpitis o necrosis de la pulpa. Entiendo que tengo la opción de ver a un especialista.

8. TERAPIA PERIODONTAL

Entiendo que he sido diagnosticado con enfermedad periodontal leve, moderada o grave. Entiendo que la enfermedad periodontal no es curable, pero la terapia para prevenir más pérdida ósea y pérdida del accesorio ha sido recomendada a mí por mi dentista. He sido educado que una buena higiene es la mejor manera de prevenir la progresión de la enfermedad periodontal y escalar y planeamiento de la raíz, seguida de mantenimiento periodontal es el tratamiento que estoy recibiendo.

9. RELLENOS

Entiendo que la caries dental requiere un relleno para reemplazar la estructura del diente que falta. Entiendo que puede recibir una amalgama de plata o un relleno compuesto y se discuten las opciones con mi dentista. Entiendo que un relleno más caro que el diagnosticado inicialmente puede requerirse debido a decaimiento adicional. Entiendo que la sensibilidad significativa es común después del efecto de un relleno recién colocado.

Todas mis preguntas han sido contestadas y he tenido tiempo para discutir con los dentistas, la propuesta de tratamiento.

Paciente/ Nombre del padre: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o los padres/guardián legal: _____ Fecha: _____

Reviewed by: DDS _____

Date: _____