



RenovaSmiles
FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

Bienvenido

Para ayudarnos a cumplir sus necesidades dentales, por favor llene completamente este cuestionario en tinta. Si tuviera alguna duda, por favor diríjase a la recepción que gustosamente alguien le ayudara. Gracias por ser nuestro paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Primer Nombre	Apellido	Inicial Segundo Nombre
Nombre de preferencia	<input type="text"/>	Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Niño/a
SSN	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			M M D D Y Y Y Y
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>	Teléfono Celular	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teléfono de Trabajo	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Teléfono Casa	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Contacto de Emergencia	<input type="text"/>	Teléfono de Contacto Emergencia	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del asegurado	<input type="text"/>		
SSN del asegurado	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			M M D D Y Y Y Y
Relación del asegurado con el paciente	<input type="text"/>		
Compañía del seguro	<input type="text"/>		
Empleador	<input type="text"/>	Número de grupo	<input type="text"/>
El paciente tiene seguro adicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del seguro	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Detalles	<input type="text"/>		

RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN

Yo, (o mi dependiente), certifico que tengo cobertura por la compañía aseguradora descrita anteriormente la cual asigna directamente todos los beneficios que son cubiertos a esta oficina. Si no los cubre, estarán a cargo de mi persona. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cuentas que no cubra el seguro. Autorizo a esta oficina para suministrar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo la utilización de esta firma para todas las cuentas del seguro.

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	Y	Y

Firma del paciente

Relación con el paciente

HISTORIA DENTAL

Marque con una **X** si tiene alguno de los síntomas

Razón de visita _____

Dentista Formal _____

Teléfono _____

Fecha último examen dental _____

Fecha últimos rayos X _____

Fecha última limpieza _____

Frecuencia cepillado _____

Frecuencia del Hilo Dental _____

Siente dolor? _____

Describe _____

Sensibilidad frío/caliente	<input type="radio"/>	Mal aliento	<input type="radio"/>
Sensibilidad al dulce	<input type="radio"/>	Sensación de quemazón en la lengua	<input type="radio"/>
Evita masticar por un lado de la boca	<input type="radio"/>	Resequedad en la boca	<input type="radio"/>
Sensibilidad al morder	<input type="radio"/>	Accidente de mandíbula	<input type="radio"/>
Restauraciones en mal estado	<input type="radio"/>	Sonido/salto mandibular	<input type="radio"/>
Empaquetamiento de alimentos entre dientes	<input type="radio"/>	Frecuente dolor cabeza	<input type="radio"/>
Fuma tabaco	<input type="radio"/>	Rechina los dientes	<input type="radio"/>
Inflamación de encías	<input type="radio"/>	Dolor/cansancio mandibular	<input type="radio"/>
Sangrado de encías	<input type="radio"/>	Dolor de oído	<input type="radio"/>
Lesión en labios o boca	<input type="radio"/>	Tratamiento de ortodoncia	<input type="radio"/>
Laceración o lesión dentro de boca/mejillas	<input type="radio"/>	Tratamiento periodontal	<input type="radio"/>

HISTORIA MÉDICA

Alergias?:

Aspirina	Eritromicina	Tetraciclina	Codeína	Latex	Penicilina
Sí	No	Sí	No	Sí	No

Otra droga/material a la que es alérgico

Physician Name _____

Phone _____

Please list all current medications (include prescriptions, over-the-counter, herbal supplements) and reason for use

Marque con una **X** si tiene alguno de los síntomas

- SIDA/ VIH
- Anemia
- Artritis o problemas de espalda
- Asma o problemas respiratorios
- Transfusión sanguínea (Fecha:-----)
- Cáncer
- Marcapasos
- Prolapso Válvula Mitral

- Diabetes
- Sangrado excesivo en cirugías/extracciones
- Problemas cardíacos
- Hepatitis o problemas del hígado
- Presión alta o baja
- Problemas de riñones
- Válvula Artificial
- Soplo Cardíaco

- Tratamiento con Phen-Phen
- Radioterapia o quimioterapia
- Enfermedades de transmisión sexual
- Ataque Cardíaco
- Desordenes de la tiroides
- Tuberculosis
- Fiebre Reumática
- Otros: -----

Sólo mujeres: Está embarazada? **Sí** **No** Está dando de lactar? **Sí** **No** Usa anticonceptivos? **Sí** **No**

Yo, certifico que he respondido a cabalidad estas preguntas con la mayor exactitud posible. Entiendo que proporcionando información incorrecta sobre mi historia médica o dental puede ser peligroso para mi salud.

Firma del paciente o responsable

Fecha:
 D D M M Y Y

Firma del Dentista

Fecha:
 M M D D Y Y



RenovaSmiles

FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

POLÍTICAS DE PAGO Y CANCELACIÓN

Al momento del servicio dental se espera el pago del mismo. Para su comodidad, aceptamos CareCredit, tarjetas de crédito o débito. Nuestra oficina estará complacida de enviar el claim a su compañía de seguros. Un cargo por servicio de 1-1.5% por mes será añadido a todos los balances de 60 días a más. La tasa anual de los cargos de servicio es del 18%. Entiendo que RenovaSmiles hará todo lo posible por coleccionar de mi compañía de seguros. Por la presente autorizo a RenovaSmiles a obtener información de mi(s) compañías de seguros con respecto a mi tratamiento y por este medio asigno al dentista todos los pagos por prestaciones de servicios dentales cubiertos por el seguro(s) prestados a mí o a mis dependientes. También es de mi conocimiento y entiendo que si la cuenta es derivada a un abogado para colección, Usted esta de acuerdo con pagar el (30%) de los honorarios del abogado o la agencia encargada sobre el saldo deudor.

Por favor entienda que las citas que le brindamos están agendadas para permitirnos atender las necesidades de cada paciente durante la visita del mismo. Debido a que las citas en RenovaSmiles se están volviendo más solicitadas, apreciamos nos notifiquen con anticipación que no podrán mantener sus citas programadas.

En un esfuerzo por disminuir gastos innecesarios relacionados con el personal y los suministros y para mantener nuestros gastos, así como, seguir proporcionándole odontología de alta calidad y accesible para usted y toda su familia, mantenemos una política de Cancelación/No Show para todos nuestros pacientes. Para promover un acceso eficiente a nuestra clínica, se requiere que cualquier cita programada que ya no es necesaria o no pudiera mantenerse, deberá ser cancelada al menos 24 horas antes de la misma. Las cancelaciones deben hacerse durante las horas en días laborables por lo menos un día antes de la cita programada. Cancelaciones deben hacerse por teléfono hablando directamente con algún miembro de nuestro Staff o a través de nuestro correo electrónico. Al paciente no se le cobrara si la cancelación se realiza 24 horas en un día laborable antes de su cita.

Debido a que sin duda entendemos que una enfermedad u otros problemas pudieran ocurrir (a veces sin previo aviso), no le cargaremos por su primera cancelación o pérdida de la cita. En caso de que una segunda cita sea se pierda o se cancele con menos de 24 horas sin notificarnos, se le cargara un monto de \$50. Si se produce una tercera cancelación o No Show, el mismo día, nos reservamos el derecho a poner fin a la relación Doctor-paciente, así como otro cargo de \$50.

Esta política es para todas las citas en nuestra oficina. Por favor, certifique que ha tenido la oportunidad de revisar esta política al firmar a continuación.

El firmante autoriza la liberación o cualquier información relacionada a todos los claims para beneficios en nombre de sí mismo, cónyuge o dependientes, incluyendo la asignación de beneficios a pagar a RenovaSmiles. Yo estoy de acuerdo y es de mi conocimiento que mi firma en este documento autoriza a mi dentista a presentar para mí mismo, cónyuge o dependientes todas las formas del seguro(s) necesarias para enviar los claims y que Yo estaré ligado por medio de esta firma como si hubiere firmado personalmente la forma del claim en particular.

Todos los saldos vencidos están sujetos a un pago atrasado de 1-1.5% por mes (18% anual).

Firma del paciente o responsable: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	Y	Y



RenovaSmiles

FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

ACTA PARA PRÁCTICAS PRIVADAS

Este documento describe como su información puede ser utilizada o compartida; y como usted puede tener acceso a ella. Por favor lea detenidamente.

Como su INFORMACION EN SALUD puede ser utilizada:

Para Proveer Tratamiento

Nosotros utilizaremos su INFORMACION DE SALUD para proveerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos administrativos y clínicos en la oficina, designados para optimizar cada cita y la coordinación del cuidado entre la higienista, el asistente dental, el dentista y el personal de la oficina. También, podríamos compartir su información de salud con otros doctores, dentistas por referir, laboratorios clínicos y dentales, farmacias u otro personal de salud siempre que le proveyeran tratamiento.

Para Obtener Pago

Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud para obtener un pago por los servicios recibidos en nuestra oficina. También podemos realizar lo mismo con las formas de seguro llenadas por usted las que podrían ser enviadas por mail o electrónicamente.

Para llevar a cabo Procedimientos de atención de la Salud

Nosotros podemos utilizar y dar a conocer su información de salud con nuestro sistema de operaciones de asistencia de la salud que incluye evaluaciones de control de cárida y actividades para la mejora, revision de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación de los doctores, así como de su desempeño como proveedor, conduciendo programas de entrenamiento, acreditando certificaciones, licencias o actividades de credencialización.

En Recordatorio para Pacientes

Nosotros vamos a recordarle su cita programada o que ya es momento para que usted nos contacte y programe la misma. Además, podemos contactarlo para hacerle un seguimiento en su cuidado e informarle sus opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted y/o su familia. Esto puede incluir postales, tarjetas, cartas, recordatorios telefónicos o recordatorios electrónicos como emails (a menos que usted nos comunique que no desea recibirlos).

Abuso o Negligencia

Nosotros podemos compartir su información de salud a las autoridades pertinentes si creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia domestica o una posible víctima de otros crímenes. Podríamos compartir su información de salud y extenderla necesariamente para evitar una amenaza seria hacia su salud o seguridad de otros.

Salud Publica y Seguridad Nacional

Oficiales Federales o autoridades militares podrían requerir que revelemos o compartamos su información de salud necesaria para completar una investigación relacionada a la salud pública o la seguridad Nacional. Informacion de Salud puede ser importante cuando el gobierno crea que la seguridad publica puede beneficiarse cuando la información puede llevar al control o a la prevención de una epidemia o a el entendimiento de nuevos efectos colaterales de tratamientos de medicinas o drogas o dispositivos medicos.

Requerido por Ley

Nosotros podemos compartir su información de salud cuando la ley lo requiera.

Personas Involucradas En Su Cuidado

Nosotros podemos utilizar o compartir su información de Salud para notificar, o asistir en la notificación de (incluye identificación o localización) a un miembro de su familia, un representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, de su localización, su condición general, o su muerte.

En el caso que usted este presente, entonces antes de utilizar o compartir su información de salud, nosotros vamos a darle la oportunidad de oponerse a compartir su información. En el evento que usted este discapacitado o en situaciones de emergencia, nosotros vamos a compartir o revelar su información de salud basado en el criterio de nuestros profesionales, los cuales compartirán solo la información de salud que sera directamente relevante a la(s) personas envueltas en su cuidado de salud, nosotros también vamos a utilizar nuestro criterio profesional y experiencia con prácticas comunes para hacer inferencias razonables a favor de su mejor interés en permitir a una persona recoger las prescripciones, material medicos, radiografías, u otros similares de su información en salud.

Estudios de Marketing Relacionados a la Salud

Nosotros no utilizaremos su información de salud para campanas de marketing sin su consentimiento firmado.

Para Su Familia y Amigos

Nosotros vamos a compartir su información de salud a usted, como esta descrito en la sección de Derechos de Pacientes de esta Acta. Nosotros podremos compartir su información de salud a un miembro de su familia, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su cuidado de salud o con el pago de su cuidado de salud., solo si usted está de acuerdo en que nosotros procedamos de esa forma.

Su Autorización

Además de usar su información de salud para tratamientos, pago u operaciones de atención de salud, usted puede darnos su autorización escrita para usar su información de salud, o para compartirla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos otorga esta autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no va a afectar ningún uso o divulgación permitida mientras estaba efecto. A menos que usted nos de una autorización escrita, nosotros no compartiremos su información de salud, por ninguna razon excepto aquellos que se describe en esta Acta.

Derechos de Pacientes

Esta nueva Ley es cuidadosa en describir que usted tiene los siguientes derechos relacionados a su información de salud.

Restricciones

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros implementemos restricciones adicionales en nuestro uso o métodos para compartir su información de salud. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, pero si lo estamos, cumpliremos con nuestro acuerdo. (Excepto en casos de emergencia).

Enmienda

Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser en escrito, y debe explicar el porqué la información debe ser modificada). Nosotros podremos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud, por medios alternativos o en una location alternativa. (Usted debe hacer su solicitud escrita). Usted deberá especificar los medios alternativos o locación alternativa, y proveer una explicación satisfactoria de como los pagos van a hacer realizados bajo los medios alternativos o locación que usted requiera.

Documentación de Informacion de Salud

Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en donde nosotros o nuestros negocios asociados compartirán su información de salud para fines distintos a su tratamiento, pagos, operaciones de atención médica y otras actividades, por los últimos 6 años, pero no antes de abril 14, 2003. Si usted solicita esta cuenta más de una vez en un periodo de 12 meses, nosotros podríamos requerir un pago razonable, una tarifa basada en costos para responder sus solicitudes adicionales.



ACTA PARA PRÁCTICAS PRIVADAS

Acceso

Usted tiene el derecho de revisar u obtener copias de su información de salud, con algunas excepciones. Usted puede solicitar que se le provea copias en formato diferente a las fotocopias. Nosotros podremos proveer el formato que usted solicite a menos que nosotros no podamos proveerlo. (Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener una solicitud de acceso utilizando la información de contacto listado al final de esta Acta. Nosotros podremos cobrarle por tiempo que nuestro personal utilizara en localizar y copiar su información de salud, y el costo del franqueo del correo si es que usted desea que le enviemos copias por correo. Si usted solicita un formato alternativo, nosotros vamos a cobrarle una tarifa basada en el costo de producción de su información de salud en ese format específico, Si usted prefiere, nosotros podemos prepararle un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa extra. Contáctenos utilizando la información al final de esta acta para una explicación detallada de nuestras tarifas).

Requerimiento de una Copia en Papel de esta Acta

Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta Acta de Practicas Privadas directamente en nuestra oficina en cualquier momento. Acérquese o comuníquese por teléfono y nosotros se lo enviaremos via correo. La Ley requiere que nosotros mantengamos la privacidad de su información de salud y de proveerle esta Acta de Practicas Privadas a usted y a su representante. Nosotros estamos obligados a practicar las pólizas y procedimientos descritos en esta Acta, pero nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra Acta. Si nosotros cambiamos nuestra practicas privadas, nos aseguraremos de enviarle una copia a todos nuestros pacientes de esta Acta revisada. Usted tiene el derecho de expresar cualquier queja hacia nosotros o la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, si usted cree que sus derechos privados han sido comprometidos. Nosotros le pedimos que nos exprese cualquier cuestionamiento que usted pueda tener sobre la privacidad de su información. Por favor háganos saber cualquier pregunta o queja por escrito.

Conocimiento del Paciente Propósito de este Consentimiento

Firmando esta Acta, usted está dando su consentimiento para que nosotros utilicemos y compartamos su información de Salud protegida para la realización de su tratamiento, formas de pago y operaciones de atención médica.

Acta de Practicas Privadas

Usted tiene el derecho de leer nuestra Acta de Practicas Privadas antes de que decida firmar este consentimiento. Nuestra acta provee una descripción de nuestro tratamiento, formas de pago, y operaciones de atención médica, del uso y divulgación que podríamos realizar de su información protegida de salud y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestra Acta acompaña este consentimiento. Le pedimos que lea detenidamente y completamente este consentimiento antes de firmarlo. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestras Practicas Privadas como se describe en nuestra Acta de Practicas Privadas. Si nosotros cambiamos nuestras Practicas Privadas, nosotros imprimiremos un Acta de Practicas Privadas revisada, la cual va a contener los cambios. Estos cambios podrian aplicarse a cualquier información de salud protegida que mantenemos. Usted podrá obtener una copia de nuestra Acta de Practicas Privada, incluyendo cualquier revision de esta Acta, en cualquier momento contactando al: Gerente de la oficina.

Derecho de Revocatoria

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento solo con entregarnos una solicitud de revocatoria por escrito enviada a la persona de contacto mencionada previamente. Entiéndase que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que nosotros tomemos en este consentimiento antes de recibir su solicitud de revocación, y también nosotros podemos declinar o negarnos a ofrecerle tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo he tenido toda la oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento y del Acta de Practicas Privadas. Yo entiendo que, firmando este consentimiento, estoy otorgando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para recibir tratamiento, formas de pago y operaciones de atención médica.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha:
M M D D Y Y

Si este consentimiento es firmado por un Menor o un representante en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: _____

Lo Siguiente es OPCIONAL: Consentimiento para un individuo, como su esposa o cualquier miembro de la familia,

Permiso para Consentimiento:

Yo _____
Su nombre

otorgo _____
Nombre o Nombres del individuo

Permiso para discutir mi cuenta dental la cual incluye tratamiento, balances, citas, etc. con la oficina mencionada en este consentimiento y sus empleados: A menos que yo notifique lo contrario

Nombre impreso _____

Firma: _____

Fecha:
M M D D Y Y