

# Alvarado Family Dentistry

SU SONRISA ENCANTADORA, NUESTRA RECOMPENSA.

NUEVA FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____	E-mail: _____	
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>		
ApellidoNombre _____	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Nino(a) <input type="checkbox"/> Otro
<b>Personal</b>		
Fecha de Nacimiento: _____	<b>Domicilio:</b> _____	
# Seguro Social: _____	CalleApartmento # _____	
Telefono (Casa): _____	_____	
Telephone (cellular): _____	CiudadEstado Codigo Postal _____	
<b>INFORMACION DE SALUD</b>		
Ultima visita al dentista: _____ Motivo de esta visita: _____		
<i>Ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque los que correspondan:</i>		
<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Enfermedad en el Hgado <input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Alergias _____	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Desordenes Mentales <input type="checkbox"/> Enfermedad Venereas
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Desordenes Nervioso <input type="checkbox"/> AlergicoCodeina
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Crecimiento	<input type="checkbox"/> Marcador de Pasos <input type="checkbox"/> Alergico Penicilina
<input type="checkbox"/> Articulaciones	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Embarazada (actualmente/pasado) <input type="checkbox"/> Otro
Artificiales	Fecha Limite: _____ <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad en la Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Soplo en el corazon	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Problemas del Estomago
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ojos o piel amarilla	<input type="checkbox"/> Ataque al corazon
	<input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tumor
• Ha tenido alguna complicaciondespues del tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Expliquepor favor : _____		
• Ha sido hospitalizado o necesitado tratamiento durante dos anosatras? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Expliquepor favor : _____		
• Esta siendo atendido por un Doctor de cabecera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Expliquepor favor: _____		
• Nombre del Doctor: _____ Telefonodel Doctor: _____		
• Tiene algun problema medico que necesita que se clarifique antes de cualquier tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Expliquepor favor: _____		
Declaro que toda la informacion que he contestado a las preguntas anteriores es actual y correcta. Si tengo algun cambio en mi salud, yo informare al Doctor en la proxima cita sin fallar.		
_____ Firma del Paciente, Padre o GuardianFecha: _____		
<b>Referido Por</b>		
<input type="checkbox"/> Oficina Dental <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro Paciente, familiar, amigo <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre de la persona que lo referio a esta oficina: _____		

# Alvarado Family Dentistry

## EL CONSENTIMIENTO DEL RECONOCIMIENTO DE HIPAA PARA REVELAR INFORMACION PRIVADA DE ASISTENCIA SALUD PARA EL TRATAMIENTO, LAS OPERACIONES DEL PAGO Y/O LA ASISTENCIA SALUD

Somos requeridos por aplicable federal y la ley del estado para mantener la intimidad de su informacion de la salud. Nosotros tambien somos requeridos a darle advierte acerca de nuestras practicas de la intimidad, acerca de nuestros deberes legales, y acerca de sus derechos con respect a su informacion de la salud. Debemos seguir las practicas de la intimidad que son descritas en esta nota.

Utilizamos y revelamos informacion de salud sobre usted para el tratamiento, las operaciones del pago y la asistencia medica. Por ejemplo: podemos utilizar o podemos reveler su informacion de la salud a un medico, otro proveedor de la asistencia medica que proporcionan el tratamiento a usted; utilizamos y revelamos que su informacion de la salud obtener el pago para servicios que proporcionamos a usted; utilizamos y revelamos su informacion de la salud con respect a nuestras operaciones de asistencia medica (la evaluacion de la calidad, evaluando el desempeno de facultativo/proveedor, realizando entrenando los programas, la acreditacion, la certificacion, licenciando o las actividades de acreditacion; utilizamos y su informacion de la salud para apropiar las autoridades si creemos razonablemente que usted es una victim posible de abuso, del descuido o la violencia domestica o de la victima posible de otros crimenes; podemos revelar su informacion de la salud hasta el punto necesario para apartar una amenaza grave a su salud o la seguridad o la seguridad de otros; podemos utilizar y poder revelar su informacion de la salud cuando somos requeridos a hacer asi por ley.

Ademas de nuestro uso de su informacion de la salud para el tratamiento, las operaciones del pago o la asistencia medica, usted nos puede dar autorizacion escrita para utilizar su informacion de la salud o para revelarlo a cualquiera para cualquier proposito. Si usted nos da autorizacion, usted lo puede revocar en escrito en tiempo.

Nosotros no utilizaremos su informacion de la salud para vender comunicaciones sin su autorizacion escrita.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi informacion sea divulgada como se indico anteriormente.

\_\_\_\_\_ No doy mi consentimiento para que mi informacion sea divulgada como se indico anteriormente.

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

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

Paciente

Firma: \_\_\_\_\_

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

Paciente/Padre o Tutor de Nino(a)

# Alvarado Family Dentistry

## INFORMACION DE PERSONA RESPONSIBLE DE LA CUENTA

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer Domicilio: \_\_\_\_\_

Casado(a)  Soltero(a)  Otro Calle Apartamento #

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL TRABAJO

La siguiente es para:  el esposo(a) de la o el paciente  Persona responsable de pagar

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad Estado Código Postal

## INFORMACION DE LA ASEGURANZA

(Por favor de su seguro y licencia o identificación al recepcionista)

### Primario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Es el asegurado el paciente?  Si  No

Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad Estado Código Postal

Relación con el paciente:  Paciente  Esposo(a)  Niño(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguración y Dirección: \_\_\_\_\_

### Secundario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Es el asegurado el paciente?  Si  No

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con el paciente:  Paciente  Esposo(a)  Niño(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguración y Dirección: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Como condición de tratamiento por esta oficina, arreglos financieros deben ser hechos con anticipación. La práctica depende de reembolso por parte de los pacientes por los costos incurridos en el cuidado y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros anteriores, deben ser pagados en efectivo en el momento en que se prestan los servicios. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales proporcionados pagan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro pacientes o ayudar en la toma de las colecciones de las compañías de seguros y abonará dichas colecciones a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar sus servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros.

Entiendo que las cuotas estimar la lista para este tipo de atención dental sólo puede ser prorrogado por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En consideración por los servicios profesionales prestados a mí, o a mi solicitud, por el Doctor, estoy de acuerdo en pagar por lo que el valor de dichos servicios a dicho médico, o su cesionario, en el momento dijo que los servicios se presten, o dentro de los cinco (5) días de la facturación si el crédito se amplió. Estoy de acuerdo, además, que el valor de dichos servicios serán los que se facturan. Estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condiciones a continuación no constituirá una renuncia de cualquier otro término o condición, y además estoy de acuerdo en pagar todos los costos y honorarios de abogado razonables si traje se instituyeron a continuación.

Yo doy mi permiso para que usted o su representante a llamarme por teléfono en casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.

He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y de acuerdo con su contenido.

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o Guardian

# *Alvarado Family Dentistry*

## LAS CITAS QUEBRADAS NO SON ACEPTABLES

Aconséjese por favor que nuestra oficina requiere CONFIRMACIÓN dentro  
24 horas de su CITA.

Sin la confirmación podemos preguntarle a CAMBIE LA HORA su CITA.

Su cita con el doctor es una época puesta a un lado para usted y/o su niño. Si usted necesita cambiar una cita, requerimos A **24 HORAS AVISO** . La falta de proveer de nosotros 24 avisos de la hora será considerada una cita quebrada. La falta de no demostrar para una cita programar dará lugar a a **\$25.00 quebradoshonorario de la cita**. Debido a la dificultad que pone en nuestra práctica, repetición rompió citas dará lugar a la terminación de nuestro doctor/relación paciente.

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Fecha

# *Alvarado Family Dentistry*

## **Método preferido de contacto**

- Email: \_\_\_\_\_
- Teléfono de la célula: \_\_\_\_\_
- Teléfono casero: \_\_\_\_\_
- Mensaje del texto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Paciente/padre o guarda