



## Gracias por escoger nuestra oficina!

Para poder servirles mejor necesitamos la informacion siguiente. Esta informacion es confidencial.

### Informacion del paciente

Nombre Completo De Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero: Hombre/Mujer Numero de SS \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_

### A Quien debemos de notificar nosotros, Que no sea conyuge, en caso de emergencia?

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**Informacion Sobre el Pago: Todos los servicios deben ser pagados en efectivo, o tarjeta de credito, ya que cada servicio se proporciona..** Los pacientes con seguro o otra cobertura deben completar toda la informacion requerida

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relacion del paciente: Solo \_\_\_ Conyuge \_\_\_ Hijo \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañia de Seguros \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

# De Polica: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Numero de Azeguranza: \_\_\_\_\_

**Condiciones Medicas**

**Tiene alguna condicion medica? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> GLUCOMIA                | <input type="checkbox"/> ADHD        |
| <input type="checkbox"/> CANCER                 | <input type="checkbox"/> ASHTMA                  | <input type="checkbox"/> BIPOLARIDAD |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESION SANGINIA  | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA        | <input type="checkbox"/> TIROIDES    |
| <input type="checkbox"/> NERVIOSIDAD            | <input type="checkbox"/> ANEMIA                  | <input type="checkbox"/> CHOLESTEROL |
| <input type="checkbox"/> EMPHYSEMA              | <input type="checkbox"/> SOPLO DEL CORAZON       | <input type="checkbox"/> DEPRESION   |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS               | <input type="checkbox"/> HEMOPHILIA              |                                      |
| <input type="checkbox"/> DIABETES               | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS EN EN RINON   |                                      |
| <input type="checkbox"/> HIV+                   | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS            |                                      |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA              | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA SANGRE |                                      |

Esta tomado medicamentos? \_\_\_\_\_

**Tiene Alguna condicion alergica a algun medicamento? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANESTHESIA LOCAL | <input type="checkbox"/> ANESTHESIA GENERAL | <input type="checkbox"/> AMOXICILINA      |
| <input type="checkbox"/> CODEINA          | <input type="checkbox"/> PENICILINA         | <input type="checkbox"/> ACETAMINOPHEN    |
| <input type="checkbox"/> DROGAS CON SULFA | <input type="checkbox"/> AMPHETAMINA        | <input type="checkbox"/> IBUPROPHEN       |
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA         | <input type="checkbox"/> LATEX              | <input type="checkbox"/> OTROS NARCOTICOS |

( Si en algun momento yo tengo algun cambio en mi salud o algun cambio en las medicinas que tomo, yo le informare a mi dentista en mi siguiente cita )

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



### FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad considerando la informacion protegida de mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). entiendo que fiormando este consentimiento, yo autorizo usted a utilizar la informacion protegida de mi salud para llevarse a cabo:

- Tratamiento ( incluyendo directo o indirecto tratamiento por otros proveedores de la asistencia de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Obteniendo plan de pagos desde tercero pagadores( EX:Mi compania de aseguranza )
- Dia al dia operaciones de la asistencia de su practica.

He sido informado tambien de, dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su nota de practicas de intimidad, que contiene una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar los terminos de esta nota del tiempo al tiempo y que yo lo puedo contactar en cualquier tiempos para obtener la copia mas actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar as restricciones en como mi inforamacion protegida de salud es utilizado y es revelada para llevarse a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones. sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta resticcion.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento a escribir, en cualquier tiempo. sin embargo, ningun uso ni la revelacion que ocurrio antes de esta fecha yo revoque este consentimiento no es vigente.

**Imprima en Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_



## Notificacion de Privacidad Del Paciente

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICAL ESTA PROTEGIDA Y COMO ALGUNA INFORMACION SOBRE USTED QUE ES CONFIDENCIAL Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. PORFAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE.

Por ley nosotros estamos requerido a proveerle a usted con nuestra Notificacion De Privacidad (NPP). esta notificacion describe como su informacion medica puede ser divulgada por nosotros. Tambien le notifica como usted puede obtener acceso a esta informacion.

### Usted como Paciente tiene el derecho de lo siguiente:

- El derecho de recibir una copia de su informacion.
- El derecho de pedir alguna correccion de su informacion personal
- El derecho de pedir que mantengamos su informacion privada
- El derecho a un informe de las divulgaciones de su informacion
- El derecho a una copia impresa de este aviso

Queremos asegurarle que su informacion medica esta protegida al igual que toda informacion sobre su salud, en esta clinica. esta notificacion contiene informacion de como nosotros nos aseguramos de que su informacion se mantenga privada. **Reconocimiento de la notificacion de practicas de privacidad**

Yo confirmo que eh leído y entendido que Rio Dental mantendra mi informacion privada y me mantendra informada sobre cualquier cambio, si es que ay algun cambio.

---

Nombre De Paciente

---

Firma De Persona Responsable

---

Fecha



## Formulario de Acuerdo Financiero de Pacientes

Nuestro objetivo es que los pacientes comprendan claramente sus necesidades de tratamiento , así como su responsabilidad financiera , antes de comenzar el tratamiento. El pago de la porción estimada de pacientes se debe en el momento del tratamiento. Deseamos hacer el tratamiento dental asequible a todos nuestros pacientes. Por lo tanto , ofrecemos las siguientes opciones de pago :

**1 ) los planes de pago flexibles de hasta 6 meses tras la aprobación con Credit® Care . La aprobación debe ser recibido antes de la fecha de tratamiento.**

**2 ) Efectivo, Cheque, o Visa / MasterCard**

Como cortesía a usted procesaremos gustosamente sus formularios de reclamación de seguros. Nuestra responsabilidad es ofrecerle el tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades , no para tratar de igualar su atención a las limitaciones del plan de seguro .

Entendemos que planes de seguros pueden ser difíciles de entender y abrumador a veces. Afortunadamente con la información proporcionada a nosotros por usted y su compañía de seguros que son capaces de ofrecer un poco de ayuda en la estimación de su beneficio de seguro . Sin embargo , su compañía de seguros hace que la determinación final una vez que se haya completado el tratamiento y la presentación de la reclamación. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros ; por lo tanto, todos los cargos son su responsabilidad.

Todos los beneficios de seguros se pagan a la oficina dental, y estoy de acuerdo para liberar cualquier información necesaria para el consultorio dental para procesar reclamaciones.

Me doy cuenta de que soy financieramente responsable de todos los gastos incurridos , con independencia de la cobertura del seguro . Yo soy responsable de todos los gastos de recaudación efectuados por la oficina dental y en un cheque devuelto.

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_