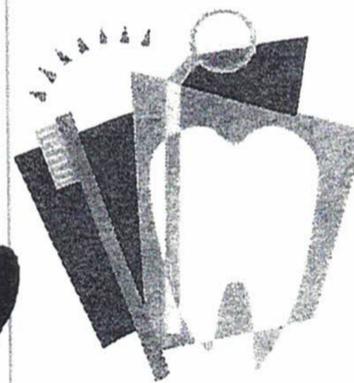


Bienvenido



Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarlo a alcanzar y mantener una salud oral optima. Por favor, llene este formulado completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de usted.

Informacion de Paciente

Fecha de hoy: _____ Correo electronico: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal _____

Masculino Femenina

Soltero/a Casado Divorciado/a Viudo/a

Tel. de casa: (____) _____ Tel. de cel: (____) _____ Trabajo: (____) _____

A quien podemos agradecer la referencia? _____

Contacto de emergencia? Nombre: _____ Tel: _____

Nombre de Empleo: _____

Direccion de Empleo: _____

Informacion de Aseguranza

Nombre del Asegurado/a: _____

Fecha de nacimiento del Asegurado/a: _____

Seguro Social de Asegurado/a: _____

Nombre de Seguro: _____ # de Poliza: _____

de ID: _____ # de Grupo: _____

Direccion de aseguranza: _____
Calle Ciudad Estado Codigo postal

Nombre de Empleo del Asegurado: _____

Relacion: auto/si miso/a esposo/a hijo/a

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento o menos que se hayan hecho arreglos previos y estos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos asi como por el pago de de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo no serian pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier informacion, incluyendo el diagnostic y los expedients de tratamiento o examen provistos, a mi compania de seguros.

Firma

Fecha

Informacion de Salud

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de ultima cita Dental: _____ Razon por la cita de hoy: _____

Fecha de ultima limpieza dental: _____

Usted a tenido cualquiera de lo siguiente? Verifique por favor esos que aplican:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Glacoma | <input type="checkbox"/> Desordenes nerviosos | <input type="checkbox"/> Alergia de codeina |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Alergias de latex |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fiebre de Polinosis | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> Alergia penicilina |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de senositis | |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Alta pression | <input type="checkbox"/> Problemas del estomago | |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Decoloracion amarilla | <input type="checkbox"/> Ataque | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de rinon | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de higado | <input type="checkbox"/> Tumores | |
| <input type="checkbox"/> Sangrar excesivo | <input type="checkbox"/> Pression baja | <input type="checkbox"/> Ulceras | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermeda Mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad veneria | |

- Usted ha tenido alguna complicacion durante o despues de un tratamiento dental? Si No
Si marco si, explique por favor: _____
- Usted ha ingresado en el hospital o necesitado el cuidado de emergencia, durante los ultimos años? Si No
Si marco si, explique por favor: _____
- Usted esta ahora bajo el cuidado de un medico? Si No
Si marco si, explique por favor: _____
- El Nombre de Medico: _____ Numero de telefono: _____
- Tuvo alguna vez una enfermedad o operacion grave? Si No
- Esta tomando medicamentos, vitaminas, o suplementos naturisticos ahora? Si No
Si marco si, explique por favor: _____
- Es usted alergico algun medicamento ahora? Si No
Si es el caso, anote por favor: _____
- Usted ha tenido cualquier problema de salud que necesita clarificacion adicional? Si No
Si marco si, explique por favor: _____

Segun mi conocimiento y entender, todas las respuestas y la informacion anteriores proporcionadas son verdaderas y correctas.
Si yo tengo cualquier cambio en mi salud, yo informare a los medicos en la proxima cita sin falla.

Firma: _____ Fecha _____

**Regla de privacidad HIPAA
Recibo de Noticia de practica de Privacidad
Forma de reconocimiento escrita**

Reconocimiento de recibo de la noticia de practica de privacidad

Yo, _____(Nombre de paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Buckner Family Dental crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad Buckner Family Dental provee una descripcion complete del uso y revelacion de mi informacion medica.

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de las practicas de Privacidad de Buckner Family Dental antes de firmar esta forma;

- Que Buckner Family Dental reserve su derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de Privacidad y que enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica, si lo solicito.

Firma: _____ Fecha: _____

Norma de privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorizacion del Paciente

Yo, _____ (Nombre de paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Buckner Family Dental crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad Buckner Family Dental provee una descripcion complete del uso y revelacion de mi informacion medica.

Yo entiendo que:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una Fuente de informacion de como aplicar mi diagnostic e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del Aviso de practicas de Privacidad que provee una descripcion mas complete sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi informacion confidencial medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de Buckner Family Dental antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi informacion confidencial medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

Norma de privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la revelacion de informacion Confidencial de salud para tratamiento, pago o cuidado medico

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el aviso de practicas de informacion de Buckner Family Dental antes de firmar este consentimiento;
- Que Buckner Family Dental, reserve su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi informacion medica para propositos directories;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que Buckner Family Dental, este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que Buckner Family Dental, ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito

Firma de Paciente o Representante Legal: _____ Fecha: _____

Nos gustaría darle las gracias por permitirnos el privilegio de ser su proveedor de la salud dental. nuestra práctica se dedica a su atención de calidad y es por favor reservar tiempo exclusivamente para usted. intentamos programar citas que son más convenientes para usted y que se ajustan a su horario personal.

Respetamos nuestro tiempo los pacientes y hacemos todo lo posible para permanecer en la fecha prevista. Algunas de las visitas son más complicados que lo inicialmente previsto, y las emergencias pueden surgir que podría retrasar nosotros. Si nos retrasamos significativamente, se hará todo lo posible para que le notifique de antemano por lo que puede optar por venir más tarde o reprogramar. Si usted va a llegar tarde, nos encontramos que por favor nos notifique. Si se retrasan significativamente, su tratamiento programado puede ser modificado o se le puede pedir a reprogramar su cita. Porque nos reservamos tiempo exclusivamente para cada paciente, le pedimos que haga todo lo posible para no perderse su cita dental reservados. si usted encuentra que usted no puede asistir a su cita, se requiere un mínimo de notificación de 24 horas. Esto permite que su tiempo reservado a estar disponible para otros pacientes. Para notificarnos de cualquier cambio, por favor llame a nuestra oficina durante horas de oficina o dejar un mensaje en nuestro buzón de voz, que es hora y la fecha para su conveniencia. Entendemos que hay circunstancias imprevistas que hacen que las citas reservadas se puede perder sin 24 horas de antelación: ciertamente queremos hacer provisiones para esto dentro de nuestra política. A fin de que esta disposición, así como para mantener el esquema más eficiente para nuestros nuevos pacientes, nuestra política de cita es como sigue:

1. Una cita rota (sin previo aviso de 24 horas) está permitido por paciente en un plazo de 12 meses.
2. citas canceladas posteriores pagan \$ 50 por hora.
3. citas de tres o más rotos le impide recibir una cita de pre-set y se le notificará como citas disponibles.

X

Fecha