

WALLA WALLA DENTAL CARE

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!



Primer Nombre: _____ Apellido: _____ MI: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Identificación de suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____ Número de grupo: _____

Nombre de la compañía de aseguranza: _____

Dirección de la compañía de aseguranza: _____

Número de teléfono de la compañía de aseguranza: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Identificación de suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____ Número de grupo: _____

Nombre de la compañía de aseguranza: _____

Dirección de la compañía de aseguranza: _____

Número de teléfono de la compañía de aseguranza: _____

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de aseguranza dental y asigno directamente a Walla Walla Dental Care todos los beneficios de la aseguranza, si los hubiera, que de otra manera me pagarían por cualquier servicio prestado. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por la aseguranza.** Por el presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos para la aseguranza.

Firma de la parte responsable

Fecha firmada

Firma del padre / tutor legal

Fecha firmada

HISTORIAL MÉDICO



Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____ Edad: _____

Nombre del médico y su especialidad: _____

Examen físico más reciente: _____ Propósito: _____

¿Cuál es su estimación de su salud general?: Excelente Bueno Regular Pobre

¿Tienes o has tenido alguna vez?:		SI	NO	SI	NO	
1. Hospitalización por enfermedad o lesión. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		26. Osteoporosis / osteopenia (es decir, tomando bisfosfonatos) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Una reacción alérgica a -				27. Artritis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aspirina				28. Glaucoma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Penicilina				29. Lentes de contacto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eritromicina				30. Lesiones en la cabeza o el cuello _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tetraciclina				31. Epilepsia, convulsiones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sulfá				32. Problemas neurológicos (trastorno por déficit de atención) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anestesia local				33. Infecciones virales y herpes labial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoruro				34. Cualquier bulto o hinchazón en la boca _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Metal (Níquel, Oro, Plata, _____)				35. Urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Látex				36. Enfermedad de transmisión sexual (STI/STD) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro _____				37. Hepatitis (tipo _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas cardíacos o stent cardíaco en los últimos 6 meses _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		38. VIH/SIDA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Antecedentes de endocarditis ineficaz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		39. Tumor, crecimiento abdominal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Válvula cardíaca artificial, defecto cardíaco reparado (PFO) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		40. Radioterapia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Marcapasos o desfibrilador de implante _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		41. Quimioterapia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prótesis artificial (válvula cardíaca o articulaciones) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		42. Problemas emocionales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fiebre reumática o escarlatina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		43. Tratamiento psiquiátrico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Presión arterial alta o baja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		44. Medicación antidepresiva _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Un derrame cerebral (tomando anticoagulantes) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		45. Uso de alcohol / drogas callejeras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Anemia u otro trastorno sanguíneo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Sangrado prolongado debido a un ligero corte (INR>3.5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ESTA/ES USTED:		
13. Enfisema, sarcoidosis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		46. Actualmente siendo tratado por cualquier otra enfermedad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tuberculosis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		47. Consciente de los cambios en su salud (es decir, fiebre, tos nueva) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Asma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		48. Tomar medicamentos para controlar el peso (es decir, fen-phen) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Problemas respiratorios o para dormir (es decir, ronquidos, sinusitis) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		49. Tomando suplementos dietéticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nefropatía _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50. Agotado/a o fatigado/a frecuentemente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Enfermedad del hígado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		51. Experimentando dolores de cabeza frecuentes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ictericia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		52. Un/a fumador/a; ha fumado previamente o usa tabaco sin humo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		53. Considerado una persona delicada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Deficiencia de hormonas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		54. Normalmente infeliz o deprimido _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Colesterol alto o tomar una estatina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23. Diabetes (HbA1c= _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mujeres		
24. Úlcera estomacal o úlcera duodenal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		55. Tomar pastillas anticonceptivas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Trastorno digestivo (es decir, reflujo gástrico) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		56. Embarazada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Hombres		
				57. Trastornos de la próstata _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIDA UNA HOJA ADICIONAL SI ESTÁ TOMANDO MÁS DE SEIS MEDICAMENTOS

AVÍSENOS SI HAY CAMBIOS EN SU HISTORIAL MÉDICO O LISTA DE MEDICAMENTOS QUE PUEDE ESTAR TOMANDO

MEDICINA	PROPÓSITO	MEDICINA	PROPÓSITO

DESCRIBA CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL, CIRUGÍA INMEDIATA, RETARDO GENÉTICO / DE DESARROLLO U OTRO TRATAMIENTO QUE PUEDE AFECTAR SU TRATAMIENTO DENTAL (es decir, BOTOX, INYECCIONES DE COLÁGENO)

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS Y / O VITAMINAS TOMADAS DENTRO DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA FIRMADA

FIRMA DEL DOCTOR

FECHA FIRMADA

HIPAA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA



HIPAA, significa la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, que es la legislación de los Estados Unidos que establece disposiciones de privacidad y seguridad de datos para salvaguardar la información médica, como registros médicos y otra información de salud identificable. Al firmar a continuación, nos autoriza a divulgar su información médica.

Por la presente autorizo específicamente la divulgación de mi información médica protegida a las personas indicadas a continuación.

Solo Esposo/a: _____

Cualquier miembro de mi familia inmediata

Nombre de miembro de la familia: _____

Relación: _____

Nombre de miembro de la familia: _____

Relación: _____

Other (please specify):

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Paciente, padres o tutor legal

Fecha Firmada

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

Relación
(padre, legal, tutor, etc.)

(USO DE OFICINA SOLAMENTE) PROPORCIONADO ANTES DEL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MOTIVO DE NEGACIÓN: <input type="checkbox"/> NECESITA MÁS TIEMPO PARA REVISAR LA DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> QUERÍA CONSULTAR CON OTRA PERSONA ANTES DE FIRMAR <input type="checkbox"/> NO SE PUEDE FIRMAR <input type="checkbox"/> RAZÓN NO DADA <input type="checkbox"/> OTROS (EXPLICAR): _____
--



ACUERDO FINANCIERO

Usted es directamente responsable del pago del tratamiento. Como cortesía, aceptamos la asignación de pagos de beneficios de su compañía de aseguranza dental. Esto reducirá sus gastos de bolsillo inmediatos. Haremos todo lo posible para ayudarlo a obtener los máximos beneficios a los que tiene derecho.

Las estimaciones de la aseguranza dental que le brindamos se basan en información limitada obtenida de su compañía de aseguranza. Si necesitamos información más detallada sobre sus beneficios para presentar su reclamo, USTED deberá proporcionarnos esa información.

Las compañías de aseguranza dental calculan el pago del contrato firmado con su empleador, no los honorarios del médico.

Esta oficina no presentará un reclamo a la aseguranza que falsifique fechas de tratamiento, tarifas cobradas, tratamiento realizado o cualquier otra información.

Nuestro objetivo es proporcionar atención dental de calidad de manera oportuna. La siguiente política es con respecto a los pacientes que no cumplen con su visita reservada al consultorio.

Nuestra política de no presentación y cancelación tardía nos permite utilizar mejor los horarios de citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dental.

Sea cortés y llámenos de inmediato si no puede asistir a una cita.

La falta de presencia en el momento de una cita programada se registrará en su registro dental como "no presentarse". Si no se cancela sin previo aviso de 24 horas, se obtendrá una tarifa de \$50. La tarifa no está cubierta por la aseguranza dental y es por lo tanto, responsabilidad exclusiva del paciente.

No se programarán más citas hasta que esta tarifa de cancelación se haya conciliado.

Política de no presentación / Política de cancelación tardía

Primera cita fallida: reprogramación de cortesía

Segunda cita fallida: se cobrará una tarifa de \$50 a su cuenta

Tercera cita fallida: se le cobrará una tarifa de \$50 a su cuenta y puede ser dado de baja de nuestra práctica

Gracias por la oportunidad de ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud bucal y de tomarse el tiempo de leer y comprender nuestras opciones financieras. No dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener. Esperamos brindarle el más alto nivel de atención profesional.

Firma de reconocimiento del paciente

Fecha Firmada

AVISO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS



Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Puede solicitar ver y copiar ese registro. También puede solicitar corregir ese registro. No divulgaremos su registro a otros a menos que usted nos indique que lo hagamos o que la ley nos autorice u obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información al respecto contactando a nuestro Gerente de Oficina.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo se puede usar y divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a su información

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he reverenciado una copia de la DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD para Walla Walla Dental Care, la oficina del Dr. Danis Laizure, DMD. La DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que pueden ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios o en el desempeño de las operaciones de atención médica de la oficina. La DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD también describe mis derechos, responsabilidades y deberes en esta oficina con respecto a mi información de salud protegida.

Walla Walla Dental Care se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Si las prácticas de privacidad cambian, se me ofrecerá una copia de la DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD revisada en el momento de mi primera visita después de que las revisiones entren en vigencia. También puedo obtener una DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD revisada al solicitar que me la envíen por correo.

AUTORIDAD DE DIVULGACIÓN ADICIONAL además de la divulgación permitida descrita en la DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Con mi firma a continuación, acuso recibo de la Notificación de prácticas de privacidad

Paciente, padres o tutor legal

Fecha Firmada

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

Relación (es decir, padre / tutor legal)