



Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre
Hombre Mujer Casado Soltero Niño Otro
Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ (Celular): _____
Direccion: _____ E-mail: _____
Calle APT #
Ciudad Estado Zip Code

Información Medica

Ultima visita al dentista: _____ Razón de su visita HOY: _____

Ha tenido uno de los siguientes? Por favor marcar lo que aplique:

- AIDS / HIV
Alergias
Anemia
Artritis
Articulaciones
Artificiales
Asma
Enfermedad de la sangre
Cancer
Depresion
Diabetes
Mareo
Epilepsia
Sangrado excesivo
Desmayos
Glaucoma
Fiebre alta
Lesiones en la cabeza
Enfermedad del corazon
Murmullos del corazon
Soplo en el corazon
Hepatitis: Tipo
Presion alta
Ictericia
Enfermedad del rinon
Enfermedad del higado
Transtorno Mental
Transtorno Nerviosos
Marcapaso
Embarazo
Fecha de parto:
Radioterapia
Problemas Respiratorios
Fiebre Reumatica
Reumatismo
Sinusitis
Problemas estomacales
Derrame Cerebral
Tuberculosis
Tumores
Ulceras
Enfermedad Venereas
Otros:
** Medicina Alergias
Ninguna
Alergia a la codeina
Alergia a la penicilina
OTRAS ALERGIAS:

- Alguna vez has tenido complicaciones en un tratamiento dental? Si No
Si, por favor explica:
Esta tomando ahora alguna prescripción medica o no medica? Si No
Si, por favor explica:
Usted utiliza productos del tabaco? (fuma o lo mastica) Si No
Si, por favor explica:
Ha sido admitido/a en un hospital o sala de emergencia en los últimos dos años? Si No
Si, por favor explica:
Esta usted bajo cuidado de un medico? Si No
Si, por favor explica:
Nombre de su médico: Telefono:
Usted tiene cualquier problema de salud que necesite la clarificación adicional? Si No
Si, por favor explica:

Certifico por este medio que he leído y entiendo que todas las respuestas e información anteriores proporcionadas son verdad y exacto. Si tengo algún cambio en mi salud, informare a los doctores en la cita siguiente sin falta.

Fecha:
Firma del paciente, del padre o del guardián

Esposo o Persona Responsable

Lo que sigue es para: Esposo/a del paciente La persona responsable del pago

Nombre: _____
 Hombre Mujer Casado Soltero Niño Otros _____

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ (Celular): _____

Dirección: _____ Email: _____
Calle Apartamento #
Ciudad Estado Zip Code

Información del Empleo

Lo siguiente es para: El paciente La persona responsable del pago Teléfono _____ Ext: _____

Nombre de la Empresa: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Información de la Seguridad

Seguridad Primaria: _____

Nombre del Asegurado: _____ El asegurado es el paciente? Si No
Apellido Nombre MI

Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Relación del Asegurado al paciente: Uno mismo Esposo Hijo Otro _____

Nombre y dirección del plan de seguridad: _____

Seguridad Secundaria: _____

Nombre del Asegurado: _____ El asegurado es el paciente? Si No
Apellido Nombre MI

Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Relación del Asegurado al paciente: Uno mismo Esposo Hijo Otro _____

Nombre y dirección del plan de seguridad: _____

Información del contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Como supo de nosotros? Amigos/Familia Nuestra pagina web Sitio web de seguranzas Otros: _____

Consentimiento de servicios/ Póliza Financiera

Esto le permitirá saber que servicios se planean, así como, cual será su responsabilidad financiera. Nuestra política financiera es la siguiente:

(Inicial) _____ Entiendo que la estimación de la tarifa del tratamiento indicado para el cuidado dental solo puede extenderse por un periodo de **seis meses** a partir de la fecha del examen del paciente. Entiendo que la estimación de la tarifa puede ser cambiada si el tratamiento ha cambiado.

Seguranza: Si usted tiene seguro dental, como una cortesía, estaremos encantados de ayudarle a ser su reclamo a la seguranza. **Tenga en cuenta que TODOS los costos dentales siguen siendo responsabilidad del paciente y que todos sus costos dentales pueden no cubrir el 100% por la seguranza.** Debido a esto, y el retraso extremo en recibir el pago de la compañía de seguranza, le pediremos que pague el deducible, si lo hay, y la porción del paciente de los cargos el día que se le de el servicio. Estimaremos lo mejor posible, la cobertura dental del paciente, pero hasta que realmente recibamos el pago de la compañía de seguranza, es solo una estimación. Animamos a **TODOS** los pacientes a revisar sus beneficios dentales y a comunicarse directamente con su proveedor de seguranza.

(Inicial) _____ Si después de 30 días, la compañía de seguranza no ha pagado, o ha maximizado su beneficio de seguranza, el saldo será debido, en su totalidad, por el paciente o la persona responsable de pagar.

Un cargo de servicio de 1.5% por mes (18% anual) se aplicara a todas las cuentas que exceden 60 días que tienen un saldo, a menos que se cumplan los arreglos financieros previamente escritos.

Cargo por no presentarse a la cita: Su hora de cita es reservada exclusivamente para usted. Al darnos un aviso de cambios de cita o cancelación de 48 horas (2 días hábiles), podremos llenar este tiempo con otros pacientes que esperan tratamiento. Si no se da un aviso de 48 horas (2 días hábiles), se le cobrara un cargo de \$50.00 al paciente, a menos que se presente una prueba de excusa (por ejemplo, nota del médico o informe policial) dentro de los 7 días de la fecha de cita perdida.

Llegada tarde: Si tiene más de 15 minutos de retraso para su cita, tenemos el derecho de reprogramar su cita para otra fecha o el próximo día disponible. Por favor, entienda que nos esforzamos por permanecer a tiempo para su cita, así como los pacientes que le siguen.

(Iniciales) _____. Entiendo que tengo que pagar la cuota por no presentarme a mi cita, si hay alguna cuota tengo que pagarla antes de hacer otra cita.

En consideración a los servicios profesionales que me han brindado, o a mi solicitud, por parte del Doctor, acepto pagar el valor razonable de dichos servicios al Doctor, o a su asignador, en el momento en que se presten dichos servicios. Además, acepto que la renuncia de cualquier incumplimiento a cualquier momento o condición bajo este documento no constituirá una renuncia de cualquier termino o condición adicional y además acepto pagar todos los costos y honorarios razonables de abogado y / o honorarios de agencia de cobro si el proceso se instituye bajo este acuerdo.

Autorizo el diagnostico de mi salud dental por medio de las radiografías, de los modelos de estudio, de las fotografías, o de otras ayudas de diagnostico apropiadas.

Autorizo a C.S. Family Dental a usar mi numero de teléfono celular y / o el numero de teléfono del contacto de emergencia para llamar o enviar mensajes de texto y recibir comunicaciones por correo electrónico con respecto a citas, tratamiento, seguranza, mi cuenta y / o promociones especiales.

He leído y entendido todas las pólizas y estoy de acuerdo con dichas condiciones con respecto al pago por servicios, pólizas de seguranza, cargos por no presentarse a la cita y comunicaciones por teléfono y correo electrónico.

Firma del paciente, padre o guardián Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del fiador del pago o persona responsable si no es el paciente (Si el paciente es menor de 18 años) Fecha: _____ Relación con el paciente: _____



C.S. FAMILY DENTAL, PLLC

6825 E. Hampden Ave. #101 Denver, CO 80224 (303) 756-3289

****AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD****

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION

POR FAVOR REVISARLO CON CUIDADO

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos concernientes a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entrara en vigor el 1 de abril de 2006 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos que el nuevo aviso esté disponible a petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener mas información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

USOS Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD

Utilizamos y revelamos información sobre su salud para tratamiento, pago y operaciones de atención medica.

TRATAMIENTO: Podemos usar o revelar su información de salud a un médico o otro proveedor de atención medica que le proporcione tratamiento.

PAGO: Podemos usar o reveler información de salud para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.

OPERACIONES DE ATENCION MEDICA: Podemos utilizar y reveler su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención medica. Las operaciones de atención médicas incluyen actividades de evaluación y mejoría de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales y proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

SU AUTORIZACION: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamientos, pagos o operaciones de atención medica, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectara el uso o revelaciones permitidas por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por ninguna razón excepto las descritas en este aviso.

A SU FAMILIA Y AMIGOS: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este aviso. Podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia, amigo o otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted está de acuerdo en que podemos hacerlo.

PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO: Podemos usar o revelar información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal o otra persona responsable de su cuidado, su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o revelar su información de salud, le proporcionaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional revelando solamente información de salud que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoja sus prescripciones, suplementos médicos, radiografías o otras formas similares de informacion de salud.

Marketing Servicios Relacionados con la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la Ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando la ley nos obliga a hacerlo.

Abuso o negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar para autorizar a los funcionarios federales información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley la custodia legítima de la información médica protegida del preso o del paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionar recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, correos electrónicos, postales o cartas)

Método de Comunicación: Al proporcionar mi información de contacto, consiento en recibir comunicación vía teléfono, texto y / o correo electrónico con respecto al tratamiento, seguro, cuenta, citas y promociones especiales.

Acceso a los Derechos de los Pacientes: Usted tiene el derecho de buscar o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece en la primera página de este aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en costos para gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$ 20 por hora por el tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud, 50 centavos por cada página y franqueo si desea que las copias le sean enviadas por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos un cargo por concepto de costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de revelación: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los cuales nosotros o nuestros asociados de negocios revelamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 5 años, pero no antes del 14 de abril, 2003. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o revelación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que enmiéndonos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar porque la información debe ser enmendada. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

* USTED PUEDE RECHAZAR FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO *

Yo, _____, leí las practicas de Privacidad de esta oficina.

Nombre del Paciente, del Padre o del Guardián (**Por Favor Escriba**)

Firma del paciente, padre o del guardián

Fecha

Relación asía el paciente

PARA USO DE LA OFICINA

Se intento obtener reconocimiento por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo debido a:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener el consentimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el consentimiento
- Otro (por favor especificar) _____

Presentado por: _____

Fecha: _____