

FREDERICK FAMILY DENTISTRY INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Información del Paciente

Apellido	Primer Nombre	MI	Numero De Social Del Paciente
Direccion (Calle)			Fecha De Nacimiento
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Numero De Telefono (Casa)
Numero De Celular	Numero De Trabajo (Ext)		Correo Electronico
Contacto De Emergencia			Emergency Phone
Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo Electronico		Referido Por:	Telefono:
Sexo	Altura	Peso	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Escoja la caja apropiada: <input type="checkbox"/> Menor De Edad <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)			
Si usted esta completando esta forma para el paciente, cual es su relacion con el paciente?,			
		Nombre	Relacion

Informacion De Seguro Dental

Compañía Primaria De Seguro	Numero De Grupo	ID Póliza No.
Nombre del Asegurado	Fecha De Nacimiento	Relación con el paciente
Empleador del Asegurado	Número de Seguro Social del Asegurado	

Guarantor Information (For Minors)

Nombre del Garante	Numero de Seguro Social
Direccion (Calle)	Numero de Telefono(Casa)
Ciudad	Estado
Codigo Postal	Numero de Telefono (Trabajo)

Patient's Authorization

Autorizo BABAK GANJAVIAN, DDS Solicitar los Beneficios en mi nombre. Los Servicios prestados POR, DDS. Solicito que el Pago de mi Compañía de Seguros SE HARA directamente al Doctor BABAK GANJAVIAN, DDS. Certifico Que La Información Que él Informado Con respecto a mi Cobertura de Seguro es correcta viene y autoriza ADEMÁS la divulgación de Información necesaria cualquier del párr Que esta visita o Reclamaciones al respecto. Yo permito Que Una copia de esta autorizacion sea utilizada en lugar de la inicial. Esta autorizacion podra ser revocada Por mi en cualquier momento por escrito. Entiendo que nada me libera de mi responsabilidad de pagar por los servicios, cuando se hace una declaracion.

Firma del Paciente (o el representante del menor)	Fecha
---------------------------------------------------	-------

Historia clínica del paciente

IMPORTANTE: Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que pueda estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

Nombre de su Medico _____
 Fecha del ultimo examen fisico _____

Numero de Telefono de su Medico. _____

1. Está bajo el cuidado de un médico? Si No Razon _____
2. Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor? Si No Describa _____
3. Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello? Si No Explicacion _____
4. Esta tomando medicaciones? Si No Cual? _____
5. Toma o ha tomado bifosfonatos?
(Fosomax, Zometa, Didronel, Reclast, Bonvia, Actonel, Aclasta, Aredia, Atelvia, Skelid)? Si No
6. Toma anticoagulantes?
(Warfarin, Coumadin, Jantoven, Heparin, Plavix, Argatroban Eliaquis, Xarelto, Pradaxa, Lovenox, Arixtra, Fragmin Angiomax, Refludan, Danaparoid, Dabigatran)? Si No
7. Tiene articulaciones artificiales (prótesis de cadera o de rodilla)? Si No
8. Utiliza el tabaco? Si No
9. Utiliza sustancias controladas? Si No

Mujeres: Estad usted:

Embarasada

lactancia

Tomando anticonceptivos

Es usted alérgico a, o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?

Aspirina Penicillina o otros antibioticos Codeine Acrylica Metal Latex

Anestesia Local Sulfa Barbiturates or Sedatives Iodine Otros _____

Tiene usted, o ha tenido, alguna de las siguientes?

<input type="checkbox"/> SIDA / VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Herpes labial	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> El herpes zóster
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Enfermedad del estomago	<input type="checkbox"/> Herpes Genitales	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Anaphylaxis	<input type="checkbox"/> Medicina del corazon	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Tipo de Diabetes:	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Espina Bífida
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Adicion de droga	<input type="checkbox"/> Ataque de corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Artritis / Gota	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Válvula mitral rolapse	<input type="checkbox"/> amigdalitis
<input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial	<input type="checkbox"/> Facilmente se queda sin aire	<input type="checkbox"/> dispositivo artificial para el corazon	<input type="checkbox"/> Dolor en la mejia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Conjunto artificial	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/> Problemas del corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la paratiroides	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> úlceras
<input type="checkbox"/> Enfermedades de Sangre	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Problema de respiración	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Diálisis Renal	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Desmayos / Mareos	<input type="checkbox"/> Alta presion	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon
<input type="checkbox"/> Cáncer / Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Toz frecuente	<input type="checkbox"/> Picazon en la piel	<input type="checkbox"/> Reumatismo	
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> hipoglucemia	<input type="checkbox"/> escarlatina	

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del Dentista _____

Fecha _____

Este aviso describe las opciones de obligación y pago financieros.

El pago es debido antes del servicio. Para su conveniencia aceptamos efectivo, Care Credit, CitiHealth, Visa y Master Card. Tenga en cuenta,

NO ACEPTAMOS CHEQUES.

Seguros Dentales: Los beneficios del seguro son determinados por su empleador y su compañía de seguros, no su dentista. Usted es responsable de conocer el alcance de su póliza de seguro y sus limitaciones. El seguro no es una garantía de pago; las compañías de seguros por lo general no va a pagar por todos sus tratamientos. Si usted recibe una declaración de nuestra oficina y no está de acuerdo con la forma en que su compañía de seguros procese la reclamación, por favor llame a la compañía. Cualquier monto de copago o deducible estimado será debido en el momento del tratamiento. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Su cuenta con nosotros y los pagos son su responsabilidad, no la compañía de seguros. Como cortesía, estaremos encantados de presentar su reclamación de seguro en su nombre. Se espera que pagar por los servicios prestados si la oficina no puede verificar su información de seguro antes del tratamiento. Si el pago por los servicios ya prestados no ha sido pagado en su totalidad dentro de 90 días, ya sea por usted o su compañía de seguros, el saldo restante se considera debido y de colección antes de efectuar cualquier tratamiento adicional.

Delincuencia: Nos reservamos el derecho de cobrar y recaudar una cuota de \$ 50.00 por citas quebradas - citas que se cancelan oa citas que no llegue sin 48 horas de anticipación, o citas que el paciente ha llegado a 15 o más minutos tarde. Se harán excepciones en una base de caso por caso. Las citas son reservados exclusivamente para usted. Si tres citas se pierden por usted y / o su miembro (s) de la familia que no se notificó debidamente, puede ser despedido de nuestra práctica. Cualquier saldo de la cuenta en mora más de 90 días se considera delincente y puede ser enviada a la corte de reclamos menores o una agencia de cobro, con la debida notificación que le ha asignado de antemano. Usted es responsable de los honorarios legales o colecciones relacionadas. Se espera que el pago en su totalidad de cualquier saldo vencido antes de efectuar cualquier tratamiento adicional.

☆ **Iniciales Aquí:** _____

Rayos X: Nos reservamos el derecho de cobrar una cuota de \$ 20.00 para la duplicación de radiografías.

Descuentos y Anticipo: Vamos a llenar su formulario de reclamación de seguro dental para usted y recibirá el pago directamente de su compañía de seguros por lo general en 4-6 semanas. Esta es nuestra manera de decir gracias por ser financieramente responsable y reducir nuestra carga de trabajo de papel, administrativa y gastos contables.

Planes de pago: Ofrecemos opciones de pago extendidos a través de Care Credit, que permite hasta 6 meses sin intereses y no hay cargos de financiamiento para los servicios de un total de \$ 200.00 o más, y el crédito renovable para servicios bajo de \$ 200.00. Care Credit es ofrecido por Sincronía Banco y está sujeta a una revisión de crédito por ellas.

Como garante de mi cuenta, yo entiendo que soy el único responsable de todos los gastos para el tratamiento dental. También estoy de acuerdo que he recibido una copia de esta política financiera oficina y estoy de acuerdo con su contenido.

Escriba su nombre: _____

Nombre del paciente si usted no es el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

FREDERICK FAMILY DENTISTRY

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros aquí en Frederick Family Dentistry.

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, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en efecto. Este aviso entra en vigor el 1 de junio de 2008, 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 sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con el administrador de la Práctica de esta oficina.

Aplicaciones y divulgaciones de información de salud: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratamiento, pago y atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o revelar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención de salud que proporciona tratamiento a usted.

Pago: Podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proveemos.

Operaciones de cuidado de la salud: Podemos usar o revelar su información de salud en relación con nuestras operaciones de cuidado de la salud. Los servicios médicos incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, la evaluación del médico y del proveedor, la realización de programas de formación, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales actividades. Sin embargo, nada en esta sección requiere Frederick Family Dentistry para supervisar, vigilar o dictar las actividades profesionales de los profesionales dentales debidamente licenciados.

Conversaciones telefónicas: Puede ser monitoreados para asegurar la calidad y la formación de los empleados.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, usted puede darnos la autorización por escrito para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba vigente. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

Para su familia y amigos: Tenemos que divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarle con su cuidado de salud o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

Las personas involucradas en el cuidado: Podemos usar o divulgar información de salud para notificar, o asistir en la notificación (incluyendo la identificación o localización) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, le proporcionará la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona a recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

Requerido por la ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es la posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible 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 la 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 a los funcionarios federales de información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tengan la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, correo electrónico, tarjetas postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. (Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Podemos cobrarle una tarifa basada en el costo razonable para gastos tales como copias, gastos de envío y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por un precio. Contacte con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso para una explicación completa de nuestros honorarios.)

Auditoría de las Revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los cuales nosotros o nuestros socios divulgamos su información de salud para fines, distintos de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años. Si usted solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

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

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria cómo los pagos serán manejados bajo los medios o el lugar alternativos que solicita.

Enmienda: Usted tiene el derecho a solicitar que corrijamos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir esta notificación en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS: Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor comuníquese con nosotros. Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una petición que hizo al modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o tener nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, usted puede quejarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, bajo petición. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Firma: _____

Fecha: _____