



Fecha de hoy:

\_\_\_\_\_

### Formas de Registracion

**INFORMACION DEL PACIENTE:** (Utilice el nombre legal completo, sin apodos)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Telefono de casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de cel #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo : F [  ] M [  ]

Contacto de Emergencia : \_\_\_\_\_ Numero de Telefono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE:** (Indique la persona o el nombre del asegurado responsable de la factura)

Subscriber de seguro (elige uno): Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_

Nombre del Subscriber: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compania: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:**(Permita que la recepcionista fotocopie su seguro y tarjetas de identificación)

#### SEGURO PRIMARIO

Nombre del Tiular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Seguro social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Tiular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Póliza / ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al dentista / grupo dental. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Little Smiles Dentistry oa la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_

Firma del tutor o paciente

\_\_\_\_\_

Fecha



Fecha: \_\_\_\_\_

### Historial Medico de Salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico General: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono #: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita medica: \_\_\_\_\_ Salud Actual: Excelente \_\_\_ Bien \_\_\_ Justo \_\_\_ Mal \_\_\_

Fuma o usa tabaco de mascar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuanto por dia? \_\_\_\_\_

Fecha de ultima visita dental: \_\_\_\_\_ Razon por la visita: \_\_\_\_\_

Hay algo en particular que le gustaria que veamos hoy? \_\_\_\_\_

SIDA	YES	NO	Actualmente embarazada		
Alergias	YES	NO	fecha de parto? _____	YES	NO
cuales? _____			Heridas de la cabeza	YES	NO
Anemia	YES	NO	Problemas respiratorios	YES	NO
Artritis	YES	NO	Poblemas nasales	YES	NO
Asma	YES	NO	Derrame Cerebral	YES	NO
Enfermedad de sangre	YES	NO	Tumor	YES	NO
Cancer	YES	NO	Alergia al latex	YES	NO
Diabetes	YES	NO	Enfermedad venerea	YES	NO
Mareos	YES	NO	Alrgia a la codeina	YES	NO
Epilepsia	YES	NO	Alergia a la penicilina	YES	NO
Desmayos	YES	NO	Alergias a las sulfas	YES	NO
Glaucoma	YES	NO	Otras Allergies	YES	NO
Fiebre del heno	YES	NO	Cuales? _____		
Enfermedad del corazon			Tratamiento de radiacion	YES	NO
	YES	NO	Rheumatism	YES	NO
Soplo cardiaco	YES	NO	Stomach Problems	YES	NO
Hepatitis	YES	NO	Tuberculosis	YES	NO
Ictercia	YES	NO	A tomado Fen-Phem	YES	NO
Pacemaker	YES	NO			

**Esta tomando algun medicamento? Cuales?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tiene alguna enfermedad o problemas medicos que no estan en este formulario?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Le han diagnosticado a usted a su familia con COVID19 causado por el nuevo coronavirus?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He respondido todas las preguntas de forma completa y precisas, segun mi leal saber y entender. Informare a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicacion.

\_\_\_\_\_

**Firma del tutor o paciente**

\_\_\_\_\_

**Fecha**



## CONSENTIMINETO PARA RADIOGRAFIAS, EXAM Y LIMPIEZA

Autoricé al dentista y al personal a realizar un examen, que puede incluir radiografías. Si se diagnostica con profilaxis (limpieza regular), autorizo que se realice el procedimiento.

### **CAMBIO EN EL PLAN DE TRATAMIENTO:**

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no fueron descubiertas durante el examen, siendo la más común la terapia de conducto después de procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para que realice todos los cambios y adiciones que sean necesarios

**CONSENTIMINETO PARA RADIOGRAFIAS:** Esta oficina sigue las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y se recomienda que SE TOMEN RADIOGRAFIAS DE BOCA COMPLETA (FMX) UNA VEZ CADA 3 A 5 AÑOS y RADIOGRAFIAS DE MORDIDAD dos veces al año para pacientes activos con caries y una vez al año para casos de rutina. Se necesitarán radiografías actuales antes de que se pueda finalizar cualquier diagnóstico. NINGÚN DIENTE SERÁ EXTRAÍDO sin un PA actual (radiografía periapical que muestra la raíz y el hueso circundante y el tejido blando). No se colocarán empastes sin radiografías de mordida y / o PA del diente actual. SIN EXCEPCIONES.

**NIÑOS Y ADULTOS:** Si cualquier carie o infección dental (absceso) es obvia en la inspección visual, serán necesarias radiografías para evaluar la extensión del daño a la estructura del diente. Si su hijo no coopera, será derivado a un dentista pediátrico para recibir tratamiento. Se recomiendan las láminas de mordida y oclusales para niños en edad escolar de 5 años en adelante. Se pueden sugerir radiografías de mordida entre los 3.5 y 4 años si no hay espacio entre los dientes y si sospechamos de caries.

**MUJERES EMBARAZADAS:** SE EVITARÁN LAS RADIOGRAFIAS A MENOS QUE SEA UNA EMERGENCIA. Informe a esta oficina si cree que está embarazada y se pospondrán las radiografías. Las radiografías se utilizan para diagnosticar 1) grado de pérdida ósea asociada con ENFERMEDAD PERIODONTAL 2) caries interproximal - caries entre los dientes 3) patología de la pulpa 4) integridad de los empastes del conducto radicular 5) verificar la estructura del diente o la raíz 6) dientes supernumerarios. Dientes impactados 7) reabsorción patológica de la raíz 8) ubicación y posición del tercer molar 9) patología ósea 10) necesidad de tratamiento ortopédico / ortodóntico interceptivo II) lo que es normal para usted. Esto será importante si alguna vez tiene un traumatismo en la cara y los dientes debido a un accidente de automóvil o bicicleta o una lesión deportiva, por ejemplo.

**LIMPIEZA DE RUTINA:** El tratamiento consiste en eliminar la sustancia bacteriana conocida como placa, que es la principal causa de la enfermedad periodontal y el cálculo, que es una acumulación de depósitos duros en el diente por encima del margen gingival. Entiendo que mis encías pueden sangrar o hincharse y puedo experimentar un malestar moderado durante varias horas. Puede haber un ligero dolor durante unos días. Notificaré a la oficina si las condiciones persisten más allá de unos días. Entiendo que a medida que sanen los tejidos de mis encías, es posible que se encojan un poco, exponiendo parte de la superficie de la raíz. Esto podría hacer que mis dientes sean más sensibles al frío o al calor. Entiendo que puedo recibir un anestésico local y / u otro medicamento.

Firma del tutor o paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE POLÍTICA DE NO PRESENTARSE / CITA PERDIDA

*Nuestro objetivo es brindar atención dental individualizada de calidad de manera oportuna. Las citas perdidas y las cancelaciones tardías son un inconveniente para las personas que necesitan acceso a la atención. Nuestra política de consultorio con respecto a las citas perdidas nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dental.*

**CANCELACIÓN DE UNA CITA:** Para respetar las necesidades de otros pacientes, sea cortés y llámenos de inmediato si no puede presentarse a una cita. Este tiempo se reasignará a alguien que necesite tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, le pedimos que llame con al menos 24 horas de anticipación. Llame al (972) 537-5730. Si no se comunica con la recepcionista, puede dejar un mensaje detallado que incluya su número de teléfono. Le devolveremos la llamada lo antes posible y le daremos la próxima cita disponible. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otro paciente la oportunidad de recibir tratamiento.

**POLÍTICA DE CITA PERDIDA:** Si no está presente en el momento de una cita programada, se registrará en su registro médico como una "Cita Perdida". La cancelación con menos de 24 horas de anticipación también se registrará como una "cita perdida". Nos reservamos el derecho de cobrar por una "cita perdida".

**Hay un cargo de \$ 25 POR HORA por no presentarse a las citas programadas y cancelar con menos de 24 horas de anticipación.** \* Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras. Cada paciente de nuestra práctica recibe esta reserva única. Cuando se hace su cita, se reserva un tiempo, se ordenan sus materiales y hacemos arreglos especiales para estar listos para su visita.

**NOMBRAMIENTOS PERDIDOS CONTINUADOS:** Despido de nuestra práctica dental.

**POLÍTICA DE DEPÓSITO DE REATAMIENTOS:** Cuando nuestra oficina programe su cita de tratamiento, estamos reservando una silla dedicada y un horario solo para usted. Recaudamos un depósito no reembolsable para reservar el tiempo de la silla. Solo le pedimos que, si debe reprogramar su cita, nos envíe un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía permite ceder su horario reservado a otro paciente que estaría más que feliz de aceptar. La totalidad del depósito de la cita se destina al costo del tratamiento, a menos que la cita se rompa con menos de 24 horas de anticipación, en la que el cargo de "Política de cita perdida" se deducirá del depósito.

**Firma del paciente o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## Formulario de Responsabilidad Financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años, nombre de la persona que es financieramente responsable del paciente, \_\_\_\_\_

Si tiene seguro dental, presentaremos las reclamaciones por usted, como un servicio gratuito. Es muy importante que se proporcione la información correcta del seguro en el momento de la cita del paciente. Si esta información cambia, es responsabilidad del paciente de informar a Little Smiles Dentistry lo antes posible. Si bien hacemos todo lo posible para verificar los beneficios dentales antes de su primera cita, esto no garantiza la cobertura o los pagos a Little Smiles Dentistry. Aceptamos pagos de las compañías de seguros dentales; sin embargo, no nos contactan con ellos. Es un contacto entre usted, su empleador y la compañía de seguros.

Si lo solicita, le proporcionaremos un ESTIMADO verbal de sus gastos de bolsillo para cualquier tratamiento planificado por el médico. Sin embargo, comprenda que estos son estrictamente ESTIMADOS y no son una garantía de que su compañía de seguros nos reembolsará a nosotros / usted de acuerdo con estos estimados. Tenga en cuenta que cualquier diferencia en el pago de su compañía de seguros y el saldo de su cuenta es su responsabilidad. Si bien la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que extendemos a todos nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Si surgen dificultades con el pago de la compañía de seguros, le pediremos que se comunique con su compañía de seguros para solucionar el problema. Todos los saldos de seguro esperados que permanezcan sin pagar después de 90 días a partir de la fecha de los servicios se convierten en responsabilidad inmediata del paciente y / o titular de la cuenta.

### **El pago de copagos y / o deducibles vence en el momento en que se brindan los servicios.**

Cualquier saldo mayor de 90 días estará sujeto a cargos por intereses de 1.5% por mes, desde la fecha del servicio, hasta que la cuenta se pague en su totalidad. Si no se ha recibido un pago en la cuenta durante los 90 días, la cuenta corre el riesgo de ser enviada a una agencia de cobranza o un abogado, se aplicarán tarifas de cobranza adicionales a cualquier saldo impago. También se le cobrará cualquier honorario de abogado o de cobranza incurrido debido a la morosidad en el pago o los esfuerzos de cobranza, incluidos los costos y honorarios de la corte. Cualquier cheque personal devuelto sin pagar o con insuficiencia (NSF) incurrirá en una tarifa de cheque NSF de \$30 y también puede estar sujeto a costos judiciales y honorarios de abogados.

Reconozco haber leído este Formulario de responsabilidad financiera en su totalidad y acepto estar sujeto a todos los términos y condiciones del mismo.

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Aviso de prácticas de privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos de los pacientes que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina o visitando nuestro sitio web.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga la información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya se haya realizado basándose en su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

### El Paciente entiende que

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad.
- El Paciente tiene derecho a restringir el uso de su información.
- El Paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La Práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento. No se puede facturar al seguro en nombre del paciente sin este formulario de consentimiento firmado por la HIPAA, por lo tanto, se requerirá el pago total el mismo día del servicio por cualquier servicio.

Firma del tutor o paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_