

Bienvenido a Kent Dental Excellence

Información del Paciente

Fecha: _____ Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono móvil: (_____) _____

Nombre: _____ SS#/ID del paciente: _____

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Viudo Soltero Separado Divorciado Menor

Dirección: _____ Email: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador/Escuela del Paciente: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleador/Escuela: _____ Teléfono: _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo? _____

En caso de emergencia ¿quién debe ser notificado? _____ Teléfono: _____

Seguro Primario

Persona responsable de la cuenta:: _____

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número SS: _____

Dirección (si es diferente de la del paciente): _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona responsable empleada por: _____ Ocupación: _____

Compañía de Seguro Dental: _____ Número de Teléfono del Seguro: _____

Número de Identificación del Suscriptor / Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Nombres de otros dependientes cubiertos por este plan: _____

Seguro Adicional

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente de la del paciente): _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Suscriptor empleado por: _____ Ocupación: _____

Compañía de Seguro Dental: _____ Número de Teléfono del Seguro: _____

Número de Identificación del Suscriptor / Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Nombres de otros dependientes cubiertos por este plan: _____

Por favor, Complete Ambos Lados

Historial Dental

Motivo de la Visita de Hoy: _____ Fecha de la última cita dental: _____

Nombre del Dentista Anterior: _____ Fecha de la última radiografía dental: _____

Teléfono: _____

Marque () si ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Acumulación de alimentos entre los dientes |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Llagas o crecimientos en la boca | <input type="checkbox"/> Clics de la mandíbula |

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla? _____

Historial Médico

Nombre del médico: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Alguna vez ha tomado alguna de las drogas colectivamente referidas como fen-phen? Estos incluyen Ionimin, Adipex, Fastin (marcas Phentermine) Podimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave o operación? Sí No Si respondió "sí" por favor describa: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí No Si respondió "sí" fecha aproximada: _____

(Mujer) ¿Está usted embarazada? Sí No Esta Amamantando? Sí No Tomando anticonceptivos? Sí No

Marque () si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos, persistente | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Toser sangre | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Sarpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies/tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Hábito del tabaco |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereales |

Medicamentos (Medicamentos que esté tomando)

Alergias

Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de seguro dental y asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro por los servicios proporcionados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones de seguro. El dentista mencionado puede usar mi información médica y puede divulgar dicha información a la compañía de seguros y a sus agentes con el propósito de obtener el pago de servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios por pagar por el servicio relacionado. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por escrito.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE IMPRESO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

BIENVENIDOS A KENT DENTAL EXCELLENCE

Es nuestro objetivo proporcionarle a usted ya su familia la más alta calidad de atención dental, manteniendo un ambiente agradable y relajante. Con el fin de mantener estos altos estándares, le pedimos que observe las siguientes pautas:

POLÍTICA FINANCIERA: El pago debe realizarse en el momento del tratamiento (a menos que se hayan hecho arreglos por adelantado). Para su comodidad, ofrecemos varias opciones de pago. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito y débito.

RESPECTO DEL SEGURO: Aceptamos la asignación de beneficios de seguro, pero requerimos su copago en el momento del servicio. El saldo de su cuenta es su responsabilidad si su seguro paga o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Nosotros facturamos el seguro como un servicio a nuestros pacientes. También podemos verificar sus beneficios y proporcionarle una estimación de cobertura para el tratamiento, sin embargo, es su responsabilidad conocer y entender su póliza y cobertura. No somos responsables de ningún cambio en su cobertura de seguro una estimación se le ha proporcionado a usted. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad, todo el saldo será su responsabilidad.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Nuestra oficina requiere un mínimo de 48 horas de aviso si una cita debe ser cancelada, por lo tanto esta vez se puede asignar a los pacientes con necesidades de emergencia. Si no se da notificación de menos de 48 horas, se cobrará una cuota de \$50.

DECLARACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: En Kent Dental Excellence nos dedicamos a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial que nos ha sido confiada. El compromiso de cada empleado para asegurar que nuestra información de salud nunca se compromete es un concepto principal de nuestra práctica. De vez en cuando, podemos modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad, pero siempre le informaremos de cualquier cambio que pueda afectar sus derechos.

PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD: Nosotros usamos y revelamos la información que recopilamos de usted solo como lo permite la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud y el Estado de Washington. Esto incluye cuestiones relacionadas con su tratamiento, pago y nuestras operaciones de atención dental. Su información personal de salud nunca se le dará a nadie, incluso a los miembros de la familia sin su consentimiento por escrito. Usted, por supuesto, puede otorgar una autorización por escrito para divulgar su información a cualquier persona que usted elija, para cualquier propósito.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: Sólo solicitaremos información personal necesaria para proporcionar nuestro estándar de atención dental de calidad, implementar pagos, realizar operaciones de práctica dental normal y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, número (s) de teléfono, seguridad social, datos de empleo, antecedentes médicos, historial médico, etc. Mientras que la mayor parte de la información será recogida de usted, podemos obtener información de terceros si se considera necesario. Independientemente de la fuente, su información personal siempre estará protegida en toda la extensión de la ley.

DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: Como se mencionó anteriormente, podemos revelar información según lo requiera la ley. Estamos obligados a proporcionar información a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y al gobierno en determinadas circunstancias. No utilizaremos su información para propósitos de marketing sin su consentimiento por escrito.

Podemos usar y / o divulgar su información de salud para comunicar recordatorios sobre sus citas, incluyendo mensajes de correo de voz, contestadores automáticos y postales.

DERECHOS DEL PACIENTE: Usted tiene derecho a solicitar copias de su información médica; Solicitar copias en una variedad de formatos; Y solicitar una lista si los seguros en los que nosotros, o nuestros asociados comerciales, hemos revelado su información protegida para usos distintos a los mencionados anteriormente. Todas las solicitudes deben estar en forma inmediata. También puede notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Le agradecemos por ser un paciente de Kent Dental Excellence. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos de privacidad y la protección de su información personal de salud. Todo el mundo en Kent Dental Excellence espera con interés cuidar de sus necesidades de salud oral y le da la bienvenida a nuestra práctica.

He leído las políticas anteriores de Kent Dental Excellence y entiendo mis responsabilidades como paciente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

610 W Meeker Street,
Suite #102, Kent, WA 98032
253.852.6080 / 253.852.6099 (fax)
253.852.0690 (spanish line)
info@kentdental.net

www.kentdental.net

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA). Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre una serie de proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de atención médica.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención de la salud, tales como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

Me han informado de las Notificaciones de Prácticas de Privacidad de mi proveedor dental que contienen una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dichas Notificaciones de Prácticas de Privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar las Notificaciones de Prácticas de Privacidad y que puedo contactar esta oficina en la dirección arriba para obtener una copia actual de las Notificaciones de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica y entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces Usted está obligado a acatar estas restricciones.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el Paciente: _____

Los familiares dependientes también están cubiertos por este reconocimiento: _____

Autoridad de Divulgación Adicional:

Cualquier miembro de mi familia inmediata	sí	no	
Cónyuge solamente	si	no	Nombre: _____
Otro-especifique	sí	no	Nombre: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

No pudimos obtener el reconocimiento por escrito del paciente de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad debido a la siguiente razón:

_____ El paciente se negó a firmar
_____ Barreras de comunicación
_____ Situaciones de emergencia
_____ Otro _____