

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 Venéreas |

Medicamentos (Medicamentos que esté tomando)

Alergias

Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de seguro dental y asigno directamente al **Dr. Timur Ernoff** 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: _____

Regarding Insurance Benefits:

We will file your insurance claims as a courtesy for you and will accept "assignment of benefits" on your behalf. Regardless of what we may calculate your insurance company will pay, it is only an estimate. The financial obligation for dental treatment is between you and this office, and is not between this office and your insurance company.

We will do all we can to get the maximum benefits reimbursed for you. Please be aware that some of the services provided may not be covered and you will be ultimately responsible for payment of your account.

Signature _____ Date _____

En cuanto a los beneficios del seguro:

Vamos a presentar sus reclamaciones de seguros como una cortesía para usted y vamos a aceptar "la asignación de beneficios" en su nombre. Independientemente de lo que podamos calcular de su compañía de seguros pagara, es solo una estimación. La obligación financiera para el tratamiento dental es entre usted y esta oficina, y no entre esta oficina y us compañía de seguros. haremos todo lo posible para obetener los maximos beneficios reembolsados para usted. Tenga en cuenta que algunos de los servicios prestados no pueden ser cubiertos y usted sera en ultima instancia responsable del pago de su cuenta.

Firma _____ Fecha _____

Что касается страховых выплат:

Мы будем отсылать счета вашей страховки в качестве любезности для вас и будем принимать "страховые льготы" от вашего имени. Вне зависимости от того, что мы предполагаем ваша страховая компания будет платить, это лишь приблизительная оценка. Финансовое обязательство для лечение зубов находится между вами и нашей клиникой, а не между нашей клиникой и вашей страховой компанией.

Мы сделаем все возможное, чтобы получить максимальный платеж за ваше лечение от вашей страховой компании. Обратите внимание, что некоторые из наших услуг могут быть не покрыты и возможно, что вы будете в конечном счете ответственны за оплаты этих услуг.

Подпись _____ Дата _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que he recibido una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad* para su revisión que contiene información sobre los usos y divulgaciones de mi información médica protegida según lo permite la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Entiendo que mi información de salud protegida puede y será utilizada para:

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

Entiendo que el proveedor de atención médica tiene el derecho de cambiar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* y que puedo comunicarme con la oficina a la dirección que se proporciona al final de este aviso para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar, por escrito, que restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y entiendo que no está obligado a aceptar mi solicitud, pero si está de acuerdo usted está obligado a cumplir con tales restricciones.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Familiares dependientes cubiertos por este reconocimiento: _____

Autoridad de divulgación adicional:

Nombre	Relación con el paciente	Firma del paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

No pudimos obtener el reconocimiento por escrito del paciente de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* debido a la siguiente razón:

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

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 \$100.

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: _____