I. Registro del Paciente

Nombre legal _____ Fecha de nacimiento _____
(nombre) (apellido) (inicial) MM/DD/AA

Nombre preferido _____ Pronombres preferidos _____ Género _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Empleador _____

II. Persona Responsable por el Pago (requerido)

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____
(nombre) (apellido)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

III. Información del Seguro Médico

Compañía principal _____

Dirección para reclamos _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Nombre en la póliza _____
(nombre) (apellido)

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Empleador _____

Parentesco _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Número de póliza _____ Grupo _____

Seguro social _____ **(requerido solo si se usa como número de póliza)**

Compañía secundaria _____

Dirección para reclamos _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Nombre en la póliza _____
(nombre) (apellido)

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Empleador _____

Parentesco _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Número de póliza _____ Grupo _____

Seguro social _____ **(requerido solo si se usa como número de póliza)**

IV. Información del Seguro Dental

Compañía principal _____

Dirección para reclamos _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Nombre en la póliza _____
(nombre) (apellido)

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Empleador _____

Parentesco _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Número de póliza _____ Grupo _____

Seguro social _____ **(requerido solo si se usa como número de póliza)**

Compañía secundaria _____

Dirección para reclamos _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Nombre en la póliza _____
(nombre) (apellido)

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Empleador _____

Parentesco _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Número de póliza _____ Grupo _____

Seguro social _____ **(requerido solo si se usa como número de póliza)**

V. Nombre de una persona en caso que fuera necesario (requerido)

Nombre completo _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre del dentista qué lo refirió _____
(nombre) (apellido)

Yo, por medio de la presente autorizo al Center for Oral and Maxillofacial Surgery, S.C. a divulgar a las compañías de seguros nombradas arriba la información y contenido de mi historia médica con el propósito de asegurar el pago de los beneficios que pueden ser cancelados por dichas compañías por los servicios que se me han prestado por el Center for Oral and Maxillofacial. Dicho consentimiento y autorización de mi información médica se mantendrá en efecto hasta que yo informe por medio escrito al Center for Oral and Maxillofacial Surgery, S.C. que he cancelado dicho consentimiento. Entiendo que si tengo aseguranza médica, soy responsable por cualquier saldo en mi cuenta después 60 días de haber recibido tratamiento oral. Las cuentas pendientes pasadas de 60 días acumularán un interés del 1% mensual, después de 90 días de vencidas, serán enviadas al departamento de cobranzas, a no ser que se hallan hecho arreglos previos antes de la cirugía con la oficina de administración.

Firma del responsable _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA – CONFIDENCIAL

Nombre _____

Edad _____ Estatura _____ Peso _____

Por favor responda cada pregunta

1. ¿Por qué motivo visita nuestra clínica hoy? _____
2. ¿Ha estado hospitalizado en los pasados 5 años? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Motivo? _____
4. ¿Ha estado usted bajo el cuidado de un médico en los pasados 5 años? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Motivo? _____
6. ¿Ha tomado algún medicamento para aumentar la densidad ósea o prevenir la destrucción de hueso para osteoporosis o cáncer? ☐ Sí ☐ No

6a. Liste todos los medicamentos (incluyendo suplementos de hierbas) que ha tomado durante este año. _____

_____

_____

7. Liste todas las alergias a medicamentos, alimentos, látex, etcétera. _____

_____

7a. ¿Qué clase de reacción tuvo a estos medicamentos? _____

_____

7b. Farmacia preferida _____ Teléfono _____

8. ¿Ha usted alguna vez sangrado excesivamente por lo cual requirió tratamiento especial? ☐ Sí ☐ No
9. Seleccione cualquiera de las condiciones que usted tenga o haya tenido:

☐ problemas del corazón	☐ asma	☐ epilepsia	☐ Injertos Artificiales por ejemplo cadera o reemplazo de válvula
☐ lesión cardíaca congénita	☐ tos	☐ cinetosis	☐ TDAH
☐ murmuro del corazón	☐ diabetes	☐ apnea del sueño	☐ Autismo
☐ presión alta	☐ tuberculosis	☐ desórdenes mentales	Cirugía mayor, Fecha/año:
☐ anemia	☐ ictericia	☐ tiroides	_____
☐ fiebre reumática	☐ artritis	☐ colesterol alto	_____
☐ hepatitis	☐ ataque del corazón	☐ VIH/SIDA	_____
			_____
			_____

10. ¿Ha tenido usted alguna vez una enfermedad seria? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Ha sido usted diagnosticado con algún desorden inmunológico? (Radiación, Quimioterapia, esplenectomía, uso de esteroides) ☐ Sí ☐ No
12. ¿Ha usted alguna vez tenido problemas con sus articulaciones mandibulares (las articulaciones de la mandíbula); por ejemplo, sonidos, dolor, o apertura limitada? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Fumador? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Embarazada? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Ha usted, o algún miembro de su familia tenido algún problema con la anestesia general? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Se ha visto a un miembro de su familia en nuestra oficina antes? ☐ Sí, Parentesco _____ ☐ No
17. ¿Utiliza lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

RECONOCIMIENTO DEL USO DE ANESTESIA Y MEDICAMENTOS EN SU CUIDADO

Reconozco que ciertos medicamentos que me puede recetar mi médico en el Centro de Cirugía Oral y Maxilofacial, s.c. puede alterar mi estado de conciencia mental y la toma de decisiones. Dependiendo del tipo de anestésico administrado, entiendo la importancia de cumplir con lo siguiente:

- Abstenerme de conducir un automóvil.
- Abstenerme de operar maquinaria de cualquier tipo.
- Abstenerme de tomar decisiones personales o comerciales importantes.
- Abstenerme de beber alcohol de cualquier tipo.
- Abstenerme de tomar sedantes (recetados por otro médico o de venta libre).

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Se espera el pago del momento del servicio para cualquier procedimiento en la oficina, incluyendo consultas y radiografías. Para los pacientes con aseguranza médica / dental, proporcionaremos ayuda en someter sus formularios de seguro. La mayoría de las compañías de seguros responderán dentro de cuatro a seis semanas. Tenga en cuenta que el seguro rara vez paga el saldo completo del tratamiento, incluso si su póliza establece "100% de cobertura". Todos los saldos de las cuentas son, en última instancia responsabilidad del paciente o guardián. Se requiere la firma del paciente, padre o guardián antes de comenzar el tratamiento.

Nuestro personal profesional está aquí para ayudar a nuestros pacientes. Hacemos todo lo posible para brindarle la mejor atención y las opciones financieras más convenientes. Para lograr esto, trabajamos mano a mano con usted para maximizar el reembolso de sus beneficios del seguro.

Si su cuenta tiene un saldo restante, puede pagarse en efectivo, cheque, tarjeta de débito, Visa, MasterCard, Discover, American Express o CareCredit. Recibirá un estado de cuenta de nuestra oficina, el cual debe pagarse al nada más recibido. Las cuentas vencidas se enviarán a una agencia de cobro independiente y / o a un tribunal de reclamos.

Cualquier padre separado o divorciado que acompañe a un hijo dependiente para recibir tratamiento se considerará el garante financieramente responsable.

Entiendo la política de pago y la he leído en su totalidad. Por la tanto autorizo la divulgación de información médica pertinente necesaria para mi tratamiento. Verifico que la información que he proporcionado estío correcta.

Recuerde, usted es totalmente responsable de todos los honorarios cobrados por esta oficina, independientemente de su cobertura de seguro.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, le rogamos que nos avise con al menos 24 horas de antelación. Tenga en cuenta que si se cancela una cita de viernes, es posible que no haya citas disponibles para el viernes debido a la disponibilidad limitada.

Las repetidas faltas o cancelaciones tardías de citas limitan nuestra capacidad para atender a otros pacientes. Después de tres incidentes similares, es posible que ya no podamos programar citas futuras.

Agradecemos su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por brindar el más alto nivel de atención a todos los pacientes.

SOLICITUD DE ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVADA DE SALUD

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 establece el derecho de un individuo a acceder y recibir copias de su Información Privada de Salud (PHI). Además, esta ley estipula que una persona designe a las personas con las que están asociadas, como padres, tutores, cónyuges, hijos, etc. (además de su médico o dentista personal) para tener acceso a su PHI. Esto permite que una persona designe los nombres o personas con quienes se puede compartir esta información confidencial.

Ingrese el nombre de la (s) persona (s) designada (s) y la relación a continuación:

Nombre _____ Parentesco _____

Nombre _____ Parentesco _____

Nombre _____ Parentesco _____

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Mi firma a continuación indica que he leído, entiendo y reconozco las tres políticas. Reconozco que una copia de las políticas de privacidad de The Center for Oral and Maxillofacial Surgery, s.c. se me fue dada / ofrecida Certifico que la información anterior es verdadera según tengo entendido. Por la presente autorizo al Center for Oral and Maxillofacial Surgery a divulgar cualquier información requerida para procesar mi / s reclamo / s de seguro por los servicios prestados. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de cualquier pago requerido antes de los servicios prestados y de cualquier saldo restante en la cuenta después de que se haya procesado el seguro.

Firma _____ Fecha _____

☐ Soy el paciente

☐ Soy el padre/la madre/el guardián

☐ Otro _____