



Para poder atenderle adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Toda la información es estrictamente confidencial. (Por favor, llene todo el formulario)

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial

Seguro Social: _____ Sexo: (M) (F) Fecha de nacimiento: _____
MM/DD/AAAA

¿Motivo de la visita de hoy? _____

Indique a quién desea ver: ____Dentista ____Ortodoncista ____Ambos

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? (Encierre en un círculo todas las que correspondan)

Google, Yelp, Instagram, Facebook, YouTube, Pinterest, Amigo, Familiar, Compañía de seguro

¿Alguien le recomendó específicamente? (Sí/No) Nombre de quien le recomendó: _____

Información de la persona responsable:

Nombre: _____ Estado civil: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____ Apto. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel.: _____ Correo electrónico: _____ Trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el paciente: _____
MM/DD/AAAA

Información del seguro:

Nombre del titular principal de la cuenta: _____

¿Parentesco con el asegurado? ____ Usted mismo ____Cónyuge ____Hijo(a)

Nombre de la compañía de seguro: _____ Nombre del empleador: _____

N.º de asegurado/miembro: _____ Fecha de nac. del titular: _____

Teléfono del seguro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular del **seguro secundario** (si corresponde): _____

¿Parentesco con el asegurado? ____ Usted mismo ____Cónyuge ____Hijo(a)

Nombre de la compañía de seguro: _____ Nombre del empleador: _____

N.º de asegurado/miembro: _____ Fecha de nac. del titular: _____

Teléfono del seguro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Tel.: _____

Historial médico

Enumere todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que toma actualmente:

¿Es alérgico(a) a alguno de los siguientes?

S N

☐ ☐ Anestésicos

☐ ☐ Aspirina

☐ ☐ Codeína

☐ ☐ Ibuprofeno

Otro: _____

S N

☐ ☐ Yodo

☐ ☐ Látex

☐ ☐ Penicilina

☐ ☐ Sulfamidas

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

S N

☐ ☐ Asma

☐ ☐ Problemas de sangrado

☐ ☐ Cáncer

☐ ☐ Diabetes

☐ ☐ Soplo cardíaco

☐ ☐ Problemas cardíacos

☐ ☐ Presión arterial alta

☐ ☐ Reemplazo de articulación

Otro: _____

S N

☐ ☐ Enfermedad renal

☐ ☐ Enfermedad hepática

☐ ☐ Embarazo

☐ ☐ Tratamiento psiquiátrico

☐ ☐ Problemas de sinusitis

☐ ☐ Derrame cerebral

☐ ☐ Úlceras

☐ ☐ Fiebre reumática

¿Consumes tabaco? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto? _____

¿Está bajo el cuidado de un médico actualmente? (Sí/No)

Nombre y dirección del médico: _____

Historial dental

¿Qué le gustaría cambiar de su sonrisa? (p. ej.: ¿Desea dientes más blancos, más derechos, más sanos o carillas?) _____

¿Cuándo fue la última visita del paciente al dentista? _____ Mes(es) _____ Año(s)

¿Ha visto el paciente a un ortodoncista? (Sí/No) Si es así, ¿cuándo fue la última visita? _____

¿Le interesa al paciente una **consulta de ortodoncia gratuita**? (Sí/No)

¿Cuándo fue la última limpieza del paciente? _____ Mes(es) _____ Año(s)

¿Tiene dolor el paciente? (Sí/No)



Política financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. A continuación se presenta nuestra política financiera, la cual le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Esperamos que esta política facilite una comunicación abierta entre nosotros y ayude a evitar posibles malentendidos, permitiéndole tomar siempre las mejores decisiones relacionadas con su atención.

Seguro:

Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. Como cortesía, nuestra oficina ofrece ciertos servicios, incluido un estimado previo al tratamiento que enviamos a la compañía de seguro a petición suya. Nos es físicamente imposible conocer y dar seguimiento a cada aspecto de su seguro. Le corresponde a usted comunicarse con su compañía de seguro y consultar qué beneficios ha contratado su empleador para usted. Si tiene alguna pregunta sobre el estimado previo al tratamiento y/o los honorarios por servicio, es su responsabilidad aclararla antes del tratamiento para evitar cualquier confusión de su parte.

Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios prestados pueden o no estar cubiertos por su póliza de seguro. Cualquier saldo es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguro pague o no alguna parte.

Pago:

Entienda que, independientemente de su situación con el seguro, usted es responsable del saldo pendiente en su cuenta, incluidos todos y cada uno de los servicios profesionales prestados. Esto incluye, entre otros: honorarios dentales, procedimientos quirúrgicos, pruebas, procedimientos en la oficina, medicamentos y cualquier otro servicio no prestado directamente por el dentista.

Se requiere un pago por adelantado para reservar todas las citas de tratamiento. El monto requerido para reservar su cita se le explicará al momento de programarla. Cualquier saldo restante se debe pagar al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos.

Los SALDOS PENDIENTES con más de 90 días de antigüedad estarán sujetos a un interés mensual del 1.0% (tasa anual del 12%). Si el pago está atrasado, el paciente será responsable de los costos de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales relacionados con la recuperación de las cantidades adeudadas en la cuenta.

Citas perdidas y cancelaciones:

Requerimos un aviso de al menos 48 horas para cancelar o reprogramar una cita.

Los citas canceladas o reprogramadas con menos de 48 horas de aviso, así como las citas perdidas sin aviso, estarán sujetas a un cargo no reembolsable de \$100 por cancelación o inasistencia.

Ayúdenos a mantener la más alta calidad de atención asistiendo a sus citas programadas o avisándonos con anticipación cuando sea necesario hacer cambios.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones de este Acuerdo Financiero.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/padre o madre: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos me son otorgados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que, al firmar este consentimiento, les autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica que participen en mi tratamiento)
- La obtención de pagos de terceros pagadores (p. ej., mi compañía de seguro)
- Las operaciones diarias de atención médica de su consultorio

También se me ha informado y se me ha otorgado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y de mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que ustedes se reservan el derecho de cambiar los términos de este aviso periódicamente y que puedo comunicarme con ustedes en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este Aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, pero ustedes no están obligados a aceptar dichas restricciones.

Sin embargo, si las aceptan, quedan obligados a cumplir con dicha restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación ocurrido antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectado.

Nombre del paciente:_____ Fecha:_____

Firma:_____



Acuerdo de Cesión de Beneficios

Por medio de la presente, autorizo a Thrive Dental & Orthodontics a presentar reclamaciones en mi nombre a mi compañía de seguro dental y solicito que cualquier pago de beneficios dentales se haga directamente a Thrive Dental & Orthodontics por los servicios prestados.

Entiendo lo siguiente:

1. Autorización de pago directo: Autorizo y cedo todos los beneficios dentales pagaderos por los servicios prestados por Thrive Dental & Orthodontics para que se paguen directamente al consultorio. Esto incluye, entre otros, los beneficios de mi plan de seguro, ya sea que yo sea el asegurado o un dependiente cubierto.
2. Seguro fuera de la red: Entiendo que Thrive Dental & Orthodontics puede estar fuera de la red de mi proveedor de seguro. Aunque esta Cesión de Beneficios se presente con mi reclamación, algunos planes de seguro podrían no respetar esta solicitud y enviarme el pago directamente a mí. Si eso ocurre, acepto enviar el pago completo del seguro a Thrive Dental & Orthodontics inmediatamente después de recibirlo.
3. Responsabilidad financiera: Reconozco que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por mi plan de seguro, incluidos deducibles, coaseguros, copagos y cualquier servicio que mi plan considere no cubierto o que sea denegado.
4. Limitaciones de la cobertura del seguro: Entiendo que tener seguro no garantiza el pago y que los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de mi póliza. Thrive Dental & Orthodontics ayudará a presentar las reclamaciones, pero no es responsable de cómo el seguro procese o pague dichas reclamaciones.
5. Divulgación de información: Autorizo la divulgación de cualquier información dental y médica necesaria para procesar reclamaciones y comunicarse con mi compañía de seguro.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, reconozco y acepto los términos de este formulario de Cesión de Beneficios. Certifico que la información proporcionada es correcta y que he leído y entiendo mis derechos y responsabilidades tal como se indican arriba.

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Parentesco con el paciente (si corresponde): _____