

Información personal:

Apellido:	Nombre:	Iniciales del segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número del Seguro Social:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono celular:	Teléfono particular:	Dirección de correo electrónico:

Información del seguro primario:

Aseguradora:	Aseguradora:
Teléfono de la aseguradora:	Teléfono de la aseguradora:
Empleador:	Empleador:
Número de grupo:	Número de grupo:
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:
Identificación de miembro:	Identificación de miembro:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Relación del paciente con el suscriptor: ☐ El mismo ☐	Relación del paciente con el suscriptor: ☐ El mismo ☐
Cónyuge ☐ Hijo	Cónyuge ☐ Hijo

Información del seguro secundario:

Información de contacto de emergencia:

Nombre del contacto:
Número de teléfono:
Relación con el paciente:
¿Podemos comunicar información a esta persona sobre su atención? ☐ Sí ☐ No

Información del médico y la farmacia:

Nombre del médico:	Número de teléfono:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:
Fecha de la última visita:	
¿Motivo de la última visita?	
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:

Información dental:

Nombre del dentista anterior:	
¿Fecha de la última visita?	¿Fecha de las últimas radiografías?
Motivo de la visita de hoy:	

Autorización:

Autorizo al dentista a realizar procedimientos de diagnóstico y tratamientos según sea necesario para la atención dental adecuada. Doy fe de la exactitud de la información de esta página.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Antecedentes médicos y dentales:

Indique si actualmente o en el pasado padeció alguno de los siguientes: Marcar la casilla indica “**Sí**”, dejar en blanco indica “**No**”.

Afecciones dentales ☐ Mal aliento ☐ Ampollas en los labios o en la boca ☐ Sensación de ardor en la lengua ☐ Masticar en un lado de la boca ☐ Apretar o rechinar los dientes ☐ Boca seca ☐ Acumulación de comida entre los dientes		☐ Inflamaciones o puntos dolorosos en la boca ☐ Encías hinchadas, sensibles o sangrantes ☐ Dolor de cabeza/cuello/mandíbula ☐ Morderse los labios o las mejillas ☐ Dientes flojos o empastes rotos ☐ Respiración bucal ☐ Tratamiento de ortodoncia	☐ Óxido nitroso ☐ Tratamiento periodontal ☐ Sensibilidad a la presión/frío/calor/dulces ☐ Tabaco sin humo ☐ Fumar cigarrillos, pipas o puros En caso afirmativo, frecuencia: _____ Cantidad: _____
Alergias ☐ Aspirina ☐ Látex ☐ Penicilina ☐ Otras alergias (enumere a continuación) Afecciones médicas ☐ Sangrado anormal ☐ Anemia ☐ Artritis, reumatismo ☐ Válvulas cardíacas artificiales ☐ Articulaciones artificiales. ☐ Asma: ¿Requirió internación? ☐ ¿Usó esteroides? ☐ Fecha del último episodio _____ ☐ Transfusión de sangre	☐ Enfermedad de la sangre, trastorno de coagulación ☐ Anticoagulantes ☐ Cáncer ☐ Dependencia de sustancias químicas ☐ Quimioterapia ☐ Problemas circulatorios ☐ Lentes de contacto ☐ Tratamientos con cortisona ☐ Tos, persistente o sanguinolenta ☐ Diabetes: A1C _____ Fecha de toma _____ ☐ Enfisema ☐ Epilepsia ☐ Desmayos ☐ Glaucoma ☐ Dolores de cabeza ☐ Soplo cardíaco	☐ Problemas cardíacos ☐ Hepatitis: Tipo _____ ☐ Herpes ☐ Presión arterial alta ☐ Cualquier deficiencia inmunitaria ☐ Ictericia ☐ Enfermedad renal ☐ Presión arterial baja ☐ Prolapso de la válvula mitral ☐ Osteoporosis ☐ Osteopenia ☐ Marcapasos ☐ Embarazo/lactancia: Fecha de parto: _____. ☐ Tratamientos de radiación ☐ Enfermedad respiratoria ☐ Fiebre reumática ☐ Fiebre escarlata	☐ Sinusitis ☐ Falta de aire ☐ Problemas sinusales ☐ Anemia de células falciformes ☐ Erupción cutánea ☐ Heridas de cicatrización lenta ☐ Accidente cerebrovascular ☐ Hinchazón de los pies o tobillos ☐ Problemas tiroideos ☐ Amigdalitis ☐ Tuberculosis ☐ Tumor o crecimiento en la cabeza y/o cuello ☐ Úlcera ☐ Enfermedad venérea ☐ Pérdida de peso, inexplicable ☐ Otras afecciones (explique a continuación)

Otras alergias: Enumere todas las alergias adicionales que tenga a continuación.

Otras afecciones: Enumere todas las condiciones o la información adicionales a continuación.

Medicamentos: Enumere a continuación todos los medicamentos que esté tomando.

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Premedicación ☐ Sí ☐ No ¿Tiene que tomar una premedicación antes de recibir un tratamiento dental? Si la respuesta es Sí , explique:	Premedicación ☐ Sí ☐ No ¿Tiene que tomar una premedicación antes de recibir un tratamiento dental? Si la respuesta es Sí , explique:
Sustitución de articulaciones ☐ Sí ☐ No ¿Se ha sometido a una sustitución ortopédica total de la articulación (cadera-rodilla)? Si la respuesta es Sí , ¿ha tenido alguna complicación?	Sustitución de articulaciones ☐ Sí ☐ No ¿Se ha sometido a una sustitución ortopédica total de la articulación (cadera-rodilla)? Si la respuesta es Sí , ¿ha tenido alguna complicación?
¿Consumo sustancias controladas (fármacos)? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí , especifique con qué frecuencia a continuación:	¿Consumo sustancias controladas (fármacos)? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí , especifique con qué frecuencia a continuación:
¿Alguna vez ha tenido problemas con la atención dental anterior? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí , explique:	

Autorización y exención: He leído y respondido las preguntas anteriores a mi leal saber y entender.

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Política de privacidad | Aviso de información y prácticas de privacidad | Formulario de comunicación de la HIPAA

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia del centro de Professional Dental Alliance (“Centro”, “nosotros”, “nos”), Aviso de información y prácticas de privacidad (“Aviso”), que describe cómo se usa y comparte su información médica. Usted comprende que el Centro tiene derecho a cambiar este Aviso en cualquier momento. Puede obtener una copia actualizada comunicándose con el Director de Privacidad a compliance@nadentalgroup.com o visitando el sitio web del Centro.

La privacidad del paciente es importante para nosotros. Nuestra política es mantener la confidencialidad de la información médica del paciente y no divulgar dicha información sin su consentimiento o autorización por escrito, a menos que las leyes de privacidad federales o estatales permitan o exijan lo contrario.

Proporcione los nombres de las personas con las que podemos comunicarnos en relación con su información y atención médica o la de su hijo. Esto puede incluir familiares, amigos, organizaciones, cuidadores y niñeras. Esta autorización

continuará hasta que usted la revoque por escrito. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Tenga en cuenta lo siguiente: Si alguien le acompaña en el área de tratamiento, asumiremos que esta persona tiene derecho a recibir información sobre su atención y que podemos analizar libremente su información médica. Si tiene una cuenta familiar, podemos compartir información sobre su tratamiento con familiares que forman parte de la cuenta familiar para fines de pago.

Comunicación con el paciente: nuestra práctica es proteger la privacidad de nuestros pacientes y, al mismo tiempo, garantizar que nuestros pacientes estén bien informados sobre sus citas y otra información. Como servicio para nuestros pacientes, comunicaremos recordatorios de citas y otra información relacionada con la atención médica y la facturación por mensaje de texto, correo electrónico o teléfono. Estos mensajes pueden provenir de un sistema de notificación automatizado. Se dejará información limitada al dejar un mensaje de voz. La información médica no se compartirá al dejar un mensaje de voz. Además de los mensajes mencionados anteriormente, nos comunicaremos con usted a través de mensajes de texto de un sistema automatizado de notificación al paciente con respecto a su factura dental, encuestas con respecto a su atención dental, servicios o productos relacionados con su atención dental u otras comunicaciones relacionadas con su atención dental y nuestro centro. Informe a nuestro equipo si prefiere que usemos un método de comunicación adicional para recordatorios de citas u otra información relacionada con su atención.

Su firma a continuación reconoce que se le ha proporcionado una copia del Aviso de información y prácticas de privacidad y que autoriza la divulgación de su información médica o la de su hijo a las personas mencionadas anteriormente. Al proporcionarnos su número o números de teléfono o dirección de correo electrónico, usted otorga su consentimiento para recibir mensajes, incluidos recordatorios de citas y otra información relacionada con la atención médica por mensaje de texto, correo de voz y correo electrónico al número o números de teléfono y dirección de correo electrónico que ha elegido proporcionar a continuación.

Número de teléfono móvil

Número de teléfono particular

Dirección de correo electrónico

Nombre o cargo del representante en letra de imprenta (p. ej., tutor, albacea testamentario, poder notarial para atención médica)

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Acuerdo financiero

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible y nos complace analizar nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de los términos de este Acuerdo financiero es importante para nuestra relación profesional. Pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestros cargos, Acuerdo financiero o su responsabilidad.

- Todos los pacientes deben completar nuestro “Formulario de información para el paciente” antes de ser atendidos por el profesional dental.
- El pago total de su coseguro estimado, copago, deducible o cargo por servicio no cubierto (“Cargo”) vence en el momento del servicio
- Aceptamos EFECTIVO, CHEQUES, TARJETAS AMERICAN EXPRESS, VISA, MASTER CARD, DISCOVER Y CARE CREDIT

Pago

- Usted acepta pagar en su totalidad cualquier cargo estimado que se le proporcione por su tratamiento o, si usted es el padre, la madre o el tutor de un paciente menor de edad, por el tratamiento de ese paciente.
- Los montos que se adeuden por los servicios de atención dental prestados a usted y a sus familiares, que incluirán a su cónyuge e hijos, se cargarán a una cuenta familiar consolidada (“Cuenta”), a menos que usted o un familiar nos indiquen específicamente lo contrario. Usted se compromete a pagarnos todos los montos adeudados y exigibles en su Cuenta (su “Saldo”) de conformidad con los términos de este Acuerdo financiero cuando se facture.
- El adulto que acompaña a un menor o, si el menor no está acompañado, el padre, la madre o el tutor legal del menor es responsable del pago total al momento del servicio. Se denegará el tratamiento de menores que no sea de emergencia, a menos que los cargos hayan sido autorizados previamente. Los proveedores pueden optar por evitar tratar a un menor si no hay un adulto presente a su propia discreción.
- Si su tratamiento incluye procedimientos que requieren múltiples visitas y usted abandona el tratamiento, es posible que le cobremos un cargo parcial o total por el procedimiento.

Seguro

- Si tiene seguro dental, el Centro facturará a su compañía de seguros como cortesía. En tal caso, usted acepta cedernos su derecho a recibir el pago de la compañía de seguros, a menos que su seguro nos exija presentar una reclamación médica antes de presentar una reclamación dental. Si su compañía de seguros le paga en lugar de nosotros, usted es responsable del Saldo y acepta pagar el Saldo de inmediato. Por el presente, también autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con su atención médica, asesoramiento y tratamiento proporcionados con el fin de evaluar y administrar reclamaciones por beneficios de seguro.
- Calcularemos el monto que adeuda por un servicio dental en particular en el momento del servicio en función del monto que su compañía de seguros prevé pagar. Este monto puede estar sujeto a ajustes cuando la reclamación de servicio dental sea adjudicada por la compañía de seguros en función de las pólizas de la compañía de seguros, el cual puede incluir (1) limitaciones anuales en el monto de los servicios dentales que pueden reembolsarse dentro de cada año del plan; (2) pólizas que requieren que se proporcione el servicio alternativo menos costoso para tratar una afección; (3) limitaciones en la edad de los pacientes para los cuales se cubre un servicio (p. ej., falta de cobertura de tratamientos con flúor para adultos); (4) servicios no cubiertos por su plan dental; y (5) la falta de cobertura de servicios considerados de naturaleza cosmética o que se determine que no son médicamente necesarios en un caso específico.
- Si su compañía de seguros no permite una reclamación o solo paga una parte del monto adeudado por los servicios, el pago de su Saldo es su responsabilidad. Usted es responsable de monitorear el monto de los beneficios restantes para cualquier período de beneficios anual y no puede confiar en ninguna información proporcionada por el personal con respecto a sus beneficios restantes en dicho período de beneficios.
- Si usted o su familia tienen más de un programa de seguro dental, le ayudaremos a obtener los beneficios máximos disponibles. Sin embargo, es posible que usted sea responsable de comunicarse con dichas compañías de seguros para establecer qué compañía dental es la principal.

Cargo por pago devuelto

- Todo pago devuelto debido a fondos insuficientes puede estar sujeto a un cargo por pago devuelto de \$20.00

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cobros y costos de cobro

- Si no recibimos el pago de conformidad con los términos de este Acuerdo financiero y remitimos su Saldo a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, usted acepta reembolsarnos los cargos de cobro asociados, que pueden basarse en un porcentaje máximo del 15 % del Saldo. También será responsable de todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados en los que incurramos en dichos esfuerzos de cobro, según lo permita la ley estatal aplicable.
- Al firmar este Acuerdo financiero y proporcionar su número de teléfono y dirección de correo electrónico, usted acepta que el Centro (junto con nuestras filiales, agentes, contratistas y socios) pueda comunicarse con usted por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto para cualquier fin, incluidas llamadas o mensajes de texto realizados mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada. Esto incluye (entre otros) mensajes de texto o llamadas para fines de comercialización o cobro de deudas. Usted comprende que este consentimiento no es una condición para que le proporcionemos tratamiento. Para excluirse de estos mensajes, responda un mensaje de texto con la palabra "STOP" (Detener), llame al [insertar número de teléfono] o envíe un correo electrónico a [insertar dirección de correo electrónico]. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

Informes de crédito

- Nosotros, o una agencia de cobro o abogado que actúe en nuestro nombre, podemos informar pagos atrasados, pagos no realizados u otros incumplimientos en su Cuenta a las agencias de información crediticia de acuerdo con las leyes aplicables. Si cree que tenemos información sobre usted que es inexacta o que hemos comunicado o podemos comunicar a una agencia de información crediticia datos sobre usted que no son exactos, notifíquenos la información específica que cree que es inexacta escribiéndonos a la dirección que se especifica arriba.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pacientes, conserven esta página para sus registros.

Política contra la discriminación

Professional Dental Alliance y sus afiliados cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Professional Dental Alliance y sus filiales no excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si se solicita, Professional Dental Alliance y los afiliados proporcionarán ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como: Intérpretes cualificados o información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Gerente del Consultorio.

Si cree que Professional Dental Alliance y sus afiliados no han prestado estos servicios o han discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico a:

Gerente de Cumplimiento
125 Enterprise Dr, Suite 200
Pittsburgh, PA 15275
724.698.2967 compliance@nadentalgroup.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, Sheila Sarabia, Gerente de Cumplimiento, está disponible para ayudarle.

También podrá presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Declaración de derechos y responsabilidades de la ADA

Derechos del paciente: Usted tendrá derecho a:

1. Elegir su propio dentista y programar una cita de manera oportuna.
2. Conocer la formación y capacitación de su dentista y del equipo de atención dental.
3. Solicitar ver al dentista cada vez que reciba un tratamiento dental, salvo las excepciones de la ley estatal.
4. Disponer de tiempo suficiente para hacer preguntas y recibir respuestas sobre su estado dental y el plan de tratamiento para su atención.
5. Conocer el plan de tratamiento que el equipo dental considera óptimo, así como el derecho a solicitar opciones de tratamiento alternativas.
6. Recibir una explicación de la finalidad, los resultados probables (a corto y largo plazo), las alternativas y los riesgos implicados antes de dar su consentimiento a un plan de tratamiento propuesto.
7. Ser informado de las necesidades de atención sanitaria continua.
8. Conocer de antemano el costo previsto del tratamiento.
9. Aceptar, aplazar o rechazar cualquier parte de las recomendaciones de tratamiento.
10. Disponer de arreglos razonables para la atención dental y el tratamiento de emergencia.
11. Recibir un trato considerado, respetuoso y confidencial por parte de su dentista y equipo dental.
12. Esperar que los miembros del equipo dental utilicen controles adecuados de infección y esterilización.
13. Preguntar sobre la disponibilidad de procesos para mediar en disputas sobre su tratamiento.
14. Recibir acceso al tratamiento y a las adaptaciones disponibles independientemente de la raza, el sexo, la edad, el credo, la orientación sexual, el origen nacional, la religión, la discapacidad o el estado civil.

Responsabilidades del paciente: Usted tendrá la responsabilidad de:

1. Proporcionar, en la medida de sus posibilidades, información precisa, honesta y completa sobre el historial médico y el estado de salud actual.
2. Informar de los cambios en su situación médica y proporcionar información sobre sus necesidades y expectativas.
3. Participar en sus decisiones de atención médica y hacer preguntas si tiene dudas sobre su tratamiento o plan dental.
4. Preguntar sobre las opciones de tratamiento y reconocer los beneficios y las limitaciones de cualquier tratamiento que elija.
5. Las consecuencias que se derivan de rechazar el tratamiento o de no seguir el plan de tratamiento acordado.
6. Acudir a las citas programadas.
7. Estar disponible para el tratamiento cuando se le avise con una antelación razonable.
8. Cumplir con las recomendaciones periódicas de cuidado de la salud bucal en el hogar.
9. Asegurar el cumplimiento de sus obligaciones financieras para la atención sanitaria.

Las áreas dentro de la clínica pueden estar limitadas a algunas solicitudes de adaptación donde se debe mantener un ambiente estéril.