

POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACION SOLICITADA – GRACIAS

PACIENTE

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **INICIALES** _____

¿Cómo desea ser dirigido? _____ Fecha de Nacimiento _____

Soltero Casado Divorciado Masculino Femenino ¿Estudiante a tiempo completo? Si No Escuela _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Mobile) _____

Correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Seguro Social # _____ Empresa de Seguro Dental _____ Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por otro seguro dental? Si No
Especificar si cualquier otro seguro _____

¿Cómo supo de nuestra oficina? ¿A quién podemos agradecer por su referencia? _____

¿Qué tan importante es su salud oral para usted? _____ Cuanto te gusta tu sonrisa? _____

En una escala 1-10, (1-4 No importante - 5-7 De alguna manera importante - 8-10 Muy importante)

¿Qué cambiarías en tu sonrisa? _____

PARTE RESPONSABLE (SI NO ES PACIENTE)

Apellido _____ Nombre _____ Iniciales _____

Dirección _____ DOB _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Seguro Social # _____ Empresa de Seguro Dental _____ Grupo # _____

AUTHORIZATION

Autorizo al dentista a llevar acabo procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental apropiado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el cuidado de mi (o con mi hijo), el asesoramiento y el tratamiento proporcionado para evaluar y administrar reclamos por beneficios de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información concerniente a mi cuidado de salud (o de mi hijo), consejo y tratamiento a otro dentista. Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, de lo contrario pagadero a mí. Entiendo que mi aseguradora de cuidado dental o pagador de mis beneficios dentales puede pagarnos que la factura real por servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de los pagos en todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos previos en contrario y acepto ser responsable por los pagos de servicios no pagados, total o parcialmente por mi pagador de atención dental. Doy fe de la exactitud de la información de esta página.

Firma

_____ Fecha _____

POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

APPELLIDO: _____ NOMBRE: _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy: _____ Última consulta dental _____ (fecha)

Antiguo dentista: _____ Últimas radiografías _____

Por favor marque si tiene / tuvo:

Mal aliento	<input type="checkbox"/>	Encías hinchadas, sensibles o sangrantes	<input type="checkbox"/>	Alguna vez ha tenido una reacción alérgica A Novocaina o anestésicos locales o generales?
Ampollas en los labios o la boca	<input type="checkbox"/>	Dolor en la cabeza, el cuello o la mandíbula	<input type="checkbox"/>	
Sensación de ardor en la lengua	<input type="checkbox"/>	Mordedura de labios o mejillas	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Sí, por favor explique
Mastique en un lado de la boca	<input type="checkbox"/>	Dientes sueltos	<input type="checkbox"/>	_____
Fumar cigarrillos, pipas o cigarrillos	<input type="checkbox"/>	Respiración bucal	<input type="checkbox"/>	
Tabaco sin humo	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de ortodoncia	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido problemas de atención dental anterior?
Boca seca	<input type="checkbox"/>	Óxido nítrico	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Sí, por favor explique
Recolección de alimentos entre los dientes	<input type="checkbox"/>	Tratamiento periodontal	<input type="checkbox"/>	_____
Aprieta los dientes	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la presión o irritantes,	<input type="checkbox"/>	_____
Muela los dientes	<input type="checkbox"/>	(Frio, calor, dulces)	<input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia te cepillas? _____
Crecimientos o puntos doloridos en la boca	<input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia usa el hilo dental?	<input type="checkbox"/>	

HISTORIA MEDICA

¿Algunavez ha tenido una transfusión de sangre? Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

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

Dirección del médico: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o operación grave? Y N En caso afirmativo, indique fechas aproximadas: _____

Embarazada? Y N Fecha? _____ Amamantando? Y N Anticonceptivos? Y N

Por favor marque si tiene / tuvo:

Alergias, fiebre del heno, sinusitis	<input type="checkbox"/>	Problemas en el corazón	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Tumor (crecimiento en la cabeza y el cuello)	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Cualquier Inmunodeficiencia (SIDA)	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>
Asma: Hospitalización Requerida	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso, sin explicación	<input type="checkbox"/>
Asma: con Esteroides	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	¿Usas lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormalmente con cirugía	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	¿Consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre, trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/>	Válvula Mitral Prolapsada	<input type="checkbox"/>	¿Está actualmente bajo el cuidado de un Medico?	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	Osteopenia	<input type="checkbox"/>	¿Es usted alérgico / sensible al látex?	<input type="checkbox"/>
Dependencia química	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	¿Alérgico a la penicilina, la aspirina u otras drogas? <input type="checkbox"/>	
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, explique: _____	
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/>		
Tratamientos de cortisona	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	¿Actualmente está tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/>
Tos persistente o sangrienta	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique: _____	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/>		
Enfisema	<input type="checkbox"/>	Falta de aire	<input type="checkbox"/>		
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>		
Desmayo	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>		
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Ataque Cerebral	<input type="checkbox"/>		
Murmullo de corazón	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de los pies / tobillos	<input type="checkbox"/>		

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

He leído y contestado las preguntas anteriores con lo mejor de mi conocimiento.

Paciente/Firma del guardián: _____ Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA _____

Right Care Dental, se compromete a brindarle el mejor cuidado posible, y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor pregunte si tiene cualquier duda sobre nuestros servicios, precios, la política de pagos, o su responsabilidad financiera.

- TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETARNUESTRO FORMULARIO DE "INFORMACIÓN DEL PACIENTE" ANTES DE CONSULTARSE CON UN PROFESIONAL DENTAL.
- EL PAGO INTEGRAL ES DEBIDO AL TIEMPO DEL SERVICIO.
- ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, AMERICAN EXPRESS, VISA, TARJETA MASTERCARD Y CARECREDIT.

Right Care Dental PROPORCIONA LA FACTURACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COMO CORTESIA A NUESTROS PACIENTES. LA PARTE DEL PACIENTE DEL SERVICIO (S) DENTAL (ES) ES ESTIMADO Y DEBIDO AL TIEMPO DE SERVICIO

PACIENTES ADULTOS

Pacientes adultos son responsables por la cancelacion completa del pago antes de recibir nuestros servicios y finalizacion del tratamiento dental.

MENORES ACOMPAÑADOS POR UN ADULTO

El adulto que acompaña a un menor, sus padres o tutores, son responsables del pago completo en el momento del servicio.

MENORES NO ACOMPAÑADOS

Los padres o tutores son responsables del pago completo en el momento del servicio. El tratamiento que no sea de emergencia será negado a menos que los cargos hayan sido pre-autorizados a un plan de crédito aprobado, oa Visa, Master Card o Discover.

SEGURO

Right Care Dental ofrece la facturación de las compañías de seguros como una cortesía a nuestros pacientes. La porción del servicio dental de los pacientes se calcula y se paga en el momento del servicio. Esta cantidad puede estar sujeta a ajuste cuando la (s) reclamación (es) de los servicios dentales son adjudicados por la compañía de seguros. Además, ciertas compañías de seguros tienen una limitación anual para los servicios dentales que pueden ser reembolsados dentro de cada año del plan. Si usted o su familia exceden estas limitaciones anuales en cualquier año del plan, usted será responsable de la cantidad total de servicios dentales que exceden las limitaciones del plan. El paciente es responsable de monitorear el monto de sus beneficios restantes para cualquier período de beneficio anual. El paciente debe estar pendiente de su propia información y siempre averiguar la información proporcionada por el personal de *Right Care Dental* con respecto a su beneficio restante en tal período de beneficios.

Las reclamaciones que presentamos a las compañías de seguros indican que usted ha asignado esos beneficios a *Right Care Dental*. Sin embargo, si ustedes pagado por la compañía de seguros en lugar de *Right Care Dental*, entonces se hace responsable del saldo total de la cuenta y el pago se es pera inmediatamente.

Si usted o su familia tiene más de un programa de seguro dental, le ayudaremos a obtener los máximos beneficios disponibles.

Usted como paciente siempre es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por su seguro.

MEDICARE/ MEDICAID/ COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

Si está cubierto por Medicare, Medicaid, Compensación al Trabajador o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, por favor discuta su situación de pago con nuestro personal de la oficina antes de llegar a la oficina dental de *Right Care Dental* en la fecha del servicio.

PAGOS DELINQUENTES

Es nuestra política para cobrar cargos de financiamiento en 1,5% para los saldos pendientes de los pacientes después de que el saldo ha sido pendiente de 30 días. Además, todos los pagos devueltos debido a fondos no suficientes estarán sujetos a un cargo de \$ 25.00.

CITAS PERDIDAS O CANCELADAS

A menos que se cancele con al menos 48 horas de antelación, nuestra política es cobrar por citas perdidas a razón de \$ 35.00 por cada 30 minutos de tiempo de cita perdida. Por favor, ayúdenos a brindarle un mejor servicio manteniendo las citas programadas.

Gracias por entender y aceptar nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Firma del responsable

_____ Fecha _____

**PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

***CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE
SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

NI acknowledge that I have been provided with **Right Care Dental**, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **Right Care Dental, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: (please print) _____

Nombre Del Paciente: (nombre en letra de molde por favor)

Patient Signature (or legal representative; proof may be requested) _____

Firma Del Paciente: (o representante legal; prueba puede ser requerida)

Date: (dd/mm/yy) _____

Fecha: (dd/mm/aa)

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

***CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL**

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **Right Care Dental, (RCD)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. **RCD** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **RCD** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between **RCD** and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **Right Care Dental, (RCD)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **RCD** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **RCD** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **RCD** y yo y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is: _____

***Mi Correo Electrónico Consentido es:** _____

My Consented for Text Messaging to: _____

***Mi Mensaje de Textos consentido a:** _____

X _____
Patient Signature * Firma del Paciente

RIGHT CARE DENTAL

Garantía Dental

Garantía dental de: "Right Care Dental"

Nuestra practica está orgullosa de la gran atención odontológica que brindamos para usted y su familia. Nuestro objetivo no es simplemente corregir cualquier problema dental o médico que pueda tener, sino mostrarle cómo prevenir enfermedades en el futuro para ahorrarle tiempo y dinero. El éxito a largo plazo de los tratamientos que le brindamos depende de su cuidado continuo en el hogar junto con los exámenes profesionales regulares, las limpiezas y los tratamientos fluoruro. Los productos recomendados para usted y la frecuencia de esas visitas profesionales de re-cuidado dependen de su condición individual. Las visitas de re-evaluaciones pueden ser cada 3,4 o incluso 6 meses de diferencia dependiendo de su salud bucal. Con esto en mente, ofrecemos las siguientes garantías dentales limitados:

Sellantes Dentales

Los sellantes son revestimientos de plástico colocados sobre las superficies de masticación de los dientes para evitar la descomposición en los dientes. Estas son las áreas más comunes para obtener caries. El uso del hilo dental de fluoruro ayudará a prevenir las caries entre los dientes. Repararemos o reemplazaremos selladores por un período de 6 meses después de la colocación. Si la carie está presente en la superficie de masticación, se realizará un empaste con un crédito por el sellante. La única excepción a esto es si el paciente ha tenido cuidado ortodóntico recomendado pero no hecho, entonces la garantía es nula.

Empastes (de color del diente)

Si un empaste es el tratamiento recomendado, lo reemplazaremos o repararemos en caso de un fallo por un periodo de 3 meses. Si el diente se rompe y requiere una corona, se acreditará al costo de relleno hacia la corona. La única excepción a esto es si el paciente tiene evidencia de bruxismo o apretamiento y no unas un protector de mordida o un aparato para dormir, entonces la garantía es nula.

Endodoncias (tratamiento de conducto)

El tratamiento de conducto tiene un éxito de 95% y normalmente requiere una corona después, pero así todo falla ocasionalmente. Si pierde su diente dentro de un año debido al fallo del tratamiento de conducto, le daremos un crédito del costo del tratamiento de conducto en cualquier implante, puente o parcial removible.

Coronas, puentes, veneres de porcelana y Inlays/Onlays

Garantizaremos estos procedimientos completos por un año. Los reemplazaremos o repararemos sin cargo este periodo de 12 meses si se rompen, o se deterioran con el uso normal. La única excepción a esto es si el paciente tiene evidencia de bruxismo o apretamiento y no una un protector de mordida o un aparato para dormir, entonces la garantía es nula.

Dentaduras Completa y Dentaduras Parciales

Garantía de dentaduras postizas y parciales durante un periodo de un año si algún diente se parte o se rompe, o el acrílico se rompe bajo el uso normal. Esta garantía no cubre accidentes como la caída de su dentadura postiza.

Protectores de mordida

Garantizamos estos aparatos durante 6 meses contra rotura de desgaste regular. Esta garantía no incluye dejarlos caer. Los pacientes deben traer SIEMPRE su aparato oral a sus citas para ver si está funcionando correctamente.

Invisalign, Braces y Cuidado Ortodóntico

¡Retención! ¡Retención! ¡Retención! Recomendamos que so utilicen retenedores cada noche, siempre y cuando desee tener una sonrisa hermosa y alineada. Es por eso que el final de su tratamiento recomendamos el retenedor. Su sonrisa se utiliza para hacer un nuevo retenedor para mantener esa sonrisa perfecta.

Implantes Dentales

Los implantes en nuestra oficina tienen una tasa de éxito de 98%. Los implantes no tienen alergias reales, pero el 2% del tiempo puede ser rechazado por ciertos pacientes y necesitan ser removidos. Si un nuevo implante fracasa dentro del primer año, entonces se le dará un crédito para el implante y los servicios asociados: injertos óseos, pilares y coronas cuando se repita. Si el éxito se alcanza el plazo de 1 año, el paciente tendrá la responsabilidad completa del pago, si no entonces se le daría un crédito para ser utilizado en otras opciones; como puentes convencionales, parciales o dentaduras completas. Los implantes son un maravilloso servicio [para ayudar a nuestros pacientes a sonreír y sentirse seguros.

Nota: Como puede ver, estamos seguros de la durabilidad de nuestro tratamiento según lo prescrito para usted. La clave principal para su éxito a largo plazo es pasar unos minutos al día en su atención domiciliaria. Esto incluye el cepillado, el uso del hilo dental, el fluoruro cualquier producto prescrito y el cuidado de sus aparatos para dormir, retenedores o protectores nocturnos. Cuidado diario adecuado para cualquier retenedor, dentadura, parcial, protector de mordida, protector nocturno, con limpiadores sónicos les ayudará a durar muchos años más. La segunda clave de éxito son los exámenes profesionales regulares las limpiezas, los rayos X y los tratamientos con fluoruro (intervalos de 3,4 y 6 meses, dependiendo de su condición oral.) **EL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS VISITAS REGULARES EN NUESTRA OFICINA NULA TODAS LAS GARANTIAS.** Ayúdanos a ayudarte a conservar tus dientes para toda la vida. ¡ Si regresa para chequeos regulares y limpiezas, su trabajo dental y la sonrisa durarán mucho más tiempo!

Firma del paciente: _____

Fecha: _____