

Registro del Paciente y Historia Médica



FAMILY LEGACY DENTAL
PEDIATRIC AND FAMILY DENTISTRY

FAMILY LEGACY DENTAL

845 NORTH 100 WEST
SUITE 100
OREM, UTAH 84057
OFFICE... 801-227-5080
FAX..... 801-227-7887

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Fecha _____

Nombre _____ Fec. Nac. _____ # Seg. Soc. _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Tel. de Trabajo _____ Celular _____

Nombre del Cónyuge/Padre _____ Celular _____

Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Persona Responsable de la Cuenta

Nombre de la Persona Responsable de la Finanzas _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Relación al Paciente _____ # Seg. Soc. _____ # Lic. de Conducir _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Empleador del Paciente/Padre _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Es paciente de nuestra oficina esta persona? Sí No

Información de Seguro Dental

Compañía de Seguro Dental _____

de Identificación(ID) _____ # de Group _____

Dirección de Com. _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono de Com. _____ Empleador _____

Teléfono del Empleador _____ Persona Principalmente Asegurada _____

Fec. Nac. _____ # Seg. Soc. _____ Fec. de Empleo _____

¿TIENE USTED SEGURO SECUNDARIO? Sí No SI TIENE, LLENE LO SIGUENTE:

Compañía de Seguro Dental _____

de Identificación(ID) _____ # de Group _____
Dirección de Com. _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono de Com. _____ Empleador _____
Teléfono del Empleador _____ Persona Principalmente Asegurada _____
Fec. Nac. _____ # Seg. Soc. _____ Fec. de Empleo _____

Contactos Alternativos

1) Nombre del Individuo _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
2) Nombre del Individuo _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

¿Cómo Obtuvo Información de Nosotros?

(MARQUE TODOS QUE APLICAN)

- Búsqueda Internet FamilyLegacyDental.com Listado de Proveedores Medicaid
 Listado de Proveedores de su Seguro Dental
 Página Facebook Página Twitter Página Blog Guía Telefónica Cupón por Correo
 Anuncio en el Cine Revista Little Ad Mag Revista Hometown Values Valpak Correo
 Lugares Google Mapas Google KSL.com Información llevada de la escuela de su hijo
 Dr. Referente (nombre) _____ Ubicación _____
 Amigo/Conocido (nombre) _____ (para que podamos agradecerles)
 Otro _____ Otro _____

Ha puesto "Me Gusta" en nuestra página de Facebook? Sí No (Si no, por favor de ir a nuestra página facebook.com/familylegacydental y poner "Me Gusta")

Declaración Federal de Préstamos y Políticas de la Oficina

Como condición de su tratamiento por ésta oficina, los arreglos financieros deben establecerse por adelantado. Los copagos del paciente (la cantidad no cubierta por el seguro) serán pagados antes de hacer el servicio.

Todos los servicios de emergencia dental, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros de antemano, deben ser pagados en el día del servicio. Un cobro de servicio de 1.5% mensualmente (18% anualmente) será agregado a la cuenta pendiendo pago por 60 días o mas a partir de la fecha de servicio. Las estimaciones del honorario para servicios dentales ser extendidas solamente por un período de seis (6) meses a partir de la fecha del examen dental del paciente.

En la consideración de los servicios profesionales rendidos por el dentista a mí, o al pedido mío para mi hijo(a) menor. Estoy de acuerdo a pagar el valor razonable de los servicios hechos por el dentista o de su asistente en el día mismo cuando se efectúan dicho servicios, o entre el plazo de 30 días de la fecha de la factura, si fuera extendida el crédito. Entiendo que soy responsable por la porción que no paga el seguro por tales servicios. Continúo de acuerdo al valor de los servicios razonables recibidos, y dichos serán cobrados al menos que sean opuestas por mi en forma escrita y también

estoy de acuerdo que los cobros no serán negociables en ningún termino o condición desde hoy en adelante. Continúo de acuerdo de pagar en completo los costos razonables de un abogado y de pagar encima de eso (hasta el 50% del principal de la cuenta) cobros de interés, procesamiento, y cobros de comisión si estos servicios son necesarios para recoger dinero en cuentas pendientes/atrasadas.

Doy permiso a usted o a alguien asignado por usted para comunicarse conmigo por teléfono a mi hogar o a mi lugar de empleo para hablar concerniente a las cosas que están en éste registro.

Yo autorizo asignación o pago de todos los beneficios dentales y quirúrgicos que recibe yo o otro miembro de mi familia, incluyendo seguro privado y otros planes de beneficios médicos, que serán pagados al nombre de Family Legacy Dental.

Yo certifico que he contestado todas las preguntas correctamente y estoy de acuerdo con los términos y condiciones incluidas en en éste registro.

Políticas del Plazo de las Citas

Nosotros le pedimos que nos concede dos (2) horas para su cita del tratamiento dental. Por ejemplo, si su cita está fijada a las 8:00, intentaremos a garantizarle que estará saliendo nuestra oficina a las 10:00. Generalmente su cita va a demorar menos de dos horas. Escrito abajo están algunas razones por las que pedimos esta flexibilidad en su horario:

- Nosotros tomamos el tiempo debido y apropiado por los exámenes y procedimientos quirúrgicos.
- Ocasiones de emergencia cuando necesitaríamos tiempo para atender una situación grave.
- Las citas pueden prolongarse aún mas por la necesidad a traducir a otro idioma al paciente.
- Algunas veces un procedimiento requiere más tiempo de lo esperado.
- Algunas veces el tiempo requerido para que la anestesia haga efecto con los pacientes se prolonga.

Si, por cualquier razón, no tiene usted el tiempo suficiente para dejar éste tipo de flexibilidad, por favor que hable con el gerente de la oficina para avisarnos.

Políticas de los Pagos

Los pagos son debidos justo al tiempo de servicio. Si tiene seguro dental que aceptamos, su deducible estimado y co-pagos son debidos justo al tiempo de servicio. Las estimaciones de los co-pagos y deducibles son sujetos a la aprobación final de su compañía de seguro dental. Por lo tanto, los co-pagos debidos son sujetos a cambiar. Los padres de los niños menores serán responsables por los costos asociados con el servicio.

Yo entiendo que mi seguro dental o el pagador de mis servicios dentales recibidos podría pagar menos que la factura actual demuestra por los servicios. Comprendo que soy responsable por las finanzas no cubiertas por mi seguro dental. Comprendo que si mi cuenta llega atrasada por falta de pagos, mi cuenta será enviada a una agencia de colección y 35% de interés será agregado al balance de la cuenta. Estoy de acuerdo de pagar 1.5% de interés mensualmente (18% anualmente) en las cuentas que llegan atrasadas por 60 días o mas.

Políticas de Cancelación

Para mantener nuestros precios tan bajo que sea posible, y para disminuir el tiempo de espera, le solicitamos que llegue a tiempo a su cita. Sin embargo, si necesita cambiar o cancelar su cita le pedimos que nos notifique 24 horas antes de la cita para evitar una multa de \$25 por no llegar a su cita sin notificación.

Por favor indique con su firma que usted leyó y entendió las políticas de nuestra oficina dental. Muchas Gracias.

Firma (Paciente, Padre o Guardián) _____ Fecha _____

Relación a Paciente _____

Historia Médica/Dental (por favor de leer y contestar las preguntas siguientes)

Nombre del Paciente _____

Nombre del Médico _____ Tel del Médico _____

- | | | |
|-----|-----|--|
| Sí | No | |
| (S) | (N) | 1. ¿Está teniendo dolor o molestias en este momento? |
| (S) | (N) | 2. ¿Ha tenido o tiene en este momento encías que le sangren? |
| (S) | (N) | 3. ¿Se siente nervioso para recibir tratamiento dental? |
| (S) | (N) | 4. ¿Ha sido hospitalizado durante los últimos dos años? |
| (S) | (N) | 5. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? |

Nombre del Médico _____ Tipo de Oficina _____

Dirección _____ Teléfono _____

- (S) (N) 6. ¿Ha tomado algún tipo de medicamento fuerte o recetado durante los últimos dos años?
 (S) (N) ¿Está ahora tomando algún tipo de medicamento fuerte o recetado?

Liste Por Favor _____

7. ¿Tiene alergia o ha tenido una reacción negativa a cualquiera de lo siguiente?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Erythromycin | <input type="checkbox"/> Drogas Sulfa | <input type="checkbox"/> Barbitúrico |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Oxido Nitroso |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Acetaminofeno | <input type="checkbox"/> Otras Antibióticas |
| <input type="checkbox"/> Anestesia Local | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

8. Marque cualquiera de lo siguiente que usted **HA TENIDO O QUE TIENE EN EL PRESENTE:**

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo de Corazón | <input type="checkbox"/> Otra Condición de Corazón | <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre | <input type="checkbox"/> Baja Presión de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata | <input type="checkbox"/> Articulaciones Falsas | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Derramen Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética | <input type="checkbox"/> Adición a las Drogas | <input type="checkbox"/> HIV/CIDA + | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venéreo |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Tumores/Crecimientos | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> X-ray Tratamiento COBALT |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo/Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Dolor en la Mandíbula | <input type="checkbox"/> Herpes Labial |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Ictericia Amarilla | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Célula Sickel |
| <input type="checkbox"/> Moretea Fácilmente | <input type="checkbox"/> Sana despacio | <input type="checkbox"/> Ampolla de Fiebre | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o Mareas | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

- (S) (N) 9. FEMENINA: ¿Está embarazada o sospecha que está embarazada?

- (S) (N) 10. ¿Hay médicos le han dicho que necesita medicarse antes de recibir tratamiento dental?
 ¿Porque? _____

- (S) (N) 11. ¿Tiene dolor en o cerca de los oídos?

- (S) (N) 12. ¿Tiene heridas que no han sanado o áreas inflamadas en la boca?

- (S) (N) 13. ¿Ha experimentado crecimientos o lugares específicos que le duele en la boca?

- (S) (N) 14. ¿Hay partes de su boca que le duele cuando está masticando o cuando tiene la mandíbula apretada?

- (S) (N) 15. ¿Ha tenido anestesia antes?

- (S) (N) 16. ¿Ha tenido una reacción negativa a la anestesia?

- (S) (N) 17. ¿Ha tenido algún problema con extracciones o ha sangrado por un periodo largo en la boca?

- (S) (N) 18. ¿Ha tenido trincheras en la boca?

- (S) (N) 19. ¿Ha recibido instrucciones de como cuidar sus encías?

- (S) (N) 20. ¿Mastica usted por un lado de la boca solamente? Porque? _____

- (S) (N) 21. ¿Tiene alguna queja dental en este momento?

- (S) (N) 22. ¿Tiene un hábito de apretar los dientes durante el día o en la noche?

- (S) (N) 23. ¿Cuando fue la última vez que le tomaron rayos-x de sus dientes? _____ Donde? _____

- (S) (N) 24. ¿Hay partes de su boca que son sensitivas a presión, frío, dulce, etc.?

Donde? _____

Firma (Paciente, Padre o Guardián) _____ Date _____

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA



FAMILY LEGACY DENTAL

845 NORTH 100 WEST
SUITE 100
OREM, UTAH 84057
OFFICE... 801-227-5080
FAX..... 801-227-7887

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DENTAL DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (ISP) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarle y que se relaciona con su salud y condición física o mental de la pasada, en el presente o en la futura y los servicios relacionados con la salud.

Usos y Revelaciones de Información de Salud Protegida

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su dentista, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar la operación de la práctica del dentista, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento:

Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un dentista a quien usted ha sido referido para asegurar que el dentista tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle.

Pago:

Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación de entrada en el hospital, ellos pueden requerir que su información protegida, pertinente a la salud, sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica:

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su dentista. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias y de conducir otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una forma de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su dentista. Nosotros también podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su dentista está listo para verle. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: Requerido por Ley, Salud Pública Como Requerido por la Ley, Enfermedades Transmisibles, Vigilancia de la Salud, Abuso o Negligencia, Requisitos de la Administración de Comida y Drogas, Procedimientos Judiciales, Aplicación de la ley, Médicos Forenses, Directores de Funerarias, Donación de Órganos, Investigación, Actividad Criminal, Actividad Militar, Seguridad Nacional, Compensación de Trabajadores, Presos, Usos y Divulgaciones Requeridos. Bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos permitidos y requeridos y revelaciones serán hechos solamente con su consentimiento, autorización u

oportunidad de oponerse a menos que sea requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su dentista o el práctica del dentista ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Sus Derechos:

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique.

Su dentista no está obligado a aceptar la restricción que usted puede solicitar. Si el dentista cree que es en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho de utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha aceptado esta nota alternativamente i.e. electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de que su dentista enmienda su información de salud protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si los hubiere, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de la intimidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Esta nota se publicó y entra en vigencia en / o antes de **Abril 14, 2003.**

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número principal.

La firma abajo es sólo reconocimiento que usted ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____