



Registro de nuevos pacientes

Información del paciente (Persona que está siendo tratada)

Proporcione una copia de la licencia de conducir

Nombre _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Género: Masculino Femenino (E-mail): _____

Número de seguro social: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Parte Financieramente Responsable (Persona responsable de los saldos en cuenta)

Nombre _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Género: Masculino Femenino (E-mail): _____

parte responsable también es titular de la póliza del paciente Titular principal de la póliza de seguro

Titular secundario de la póliza de seguro

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? _____

Otras referencias Referencia de médicos Por Internet Pasar caminando Pasar conduciendo

Estoy interesado en (Marque todo lo que corresponda)

- Odontología General
- Cambio de imagen cosmético de la sonrisa
- Blanqueamiento dental
- Terapia con alineadores transparentes o dientes más rectos
- TMJ o desgaste de los dientes
- Ronquidos / apnea del sueño
- Endodoncia
- Implantes (únicos o dentaduras postizas)
- Cirugía oral (extracciones, extracción de muelas del juicio, levantamiento de senos paranasales)
- Cambio de imagen de boca completa



Información sobre la prestación principal

Relación con el asegurado: Yo mismo Cónyuge Hijo Otro

Nombre del **titular de la póliza individual**: _____ Nombre de la **Compañía de seguros** : _____

Empleador del **titular de la póliza**: _____ Dirección de la **Compañía de seguros**: _____

Dirección del **Empleador**: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento del **Titular de la póliza**: _____ Número de grupo: _____

Número del Seguro Social del **Titular de la póliza**: _____ de teléfono de la **Compañía de seguros**: _____

Información sobre prestaciones secundarias

Relación con el asegurado: Yo mismo Cónyuge Hijo o

Nombre del **titular de la póliza individual**: _____ Nombre de la **Compañía de seguros** : _____

Empleador del **titular de la póliza**: _____ Dirección de la **Compañía de seguros**: _____

Dirección del **Empleador**: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento del **Titular de la póliza**: _____ Número de grupo: _____

Número del Seguro Social del **Titular de la póliza**: _____ N° de teléfono de la **Compañía de seguros**: _____

Pregunte acerca de nuestra membresía

El plan de membresía Grant Family Dentistry está diseñado para brindar asequibilidad y mayor acceso a la atención dental de calidad. Recibirá una elegibilidad inmediata, sin complicaciones y conveniente. Los servicios dentales serán proporcionados por el equipo de Grant Family Dentistry.

Este es un plan de membresía para brindar atención dental asequible, no un seguro dental ni un plan de beneficios. El plan puede mejorarse a medida que nuestros servicios progresen en el avance de la atención de calidad. La parte del paciente debe pagarse en el momento del servicio.

Simplificamos su inversión para brindar atención continua a través de nuestro proceso de renovación automática.

Beneficios de nuestra membresía:

- Sin deducibles
- Sin máximo anual
- Sin autorización previa
- Sin preguntarse cuánto pagará su seguro para su tratamiento.
- Sin periodo de espera



Historial médico

Historial dental

- ¿Tiene un problema dental específico? Describir _____ Sí No
- ¿Tiene exámenes dentales de forma rutinaria? Última visita _____ Sí No
- ¿Cree que tiene caries activa o enfermedad de las encías? _____ Sí No
- ¿Se cepilla o usa hilo dental de forma rutinaria? Comentar _____ Sí No
- ¿Alguna vez le sangran las encías? Comentar _____ Sí No
- ¿Le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
- ¿Se le queda comida entre los dientes? ¿Tiene algún diente flojo? _____ Sí No
- ¿Quiere conservar los dientes que le quedan? _____ Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido hasquidos o molestias en la articulación de la mandíbula? ¿Tiene bruxismo o desgaste? Sí No
- ¿Fuma o masca? ¿Tiene alguna llaga o crecimiento en la boca? Comentar _____ Sí No

Problemas de sueño/vías respiratorias

- ¿El paciente tiende a respirar por la boca? Sí NO
- ¿El paciente ronca por la noche? Sí NO
- ¿El paciente parece descansado por la mañana? Sí NO
- ¿El paciente suele tener sueño durante el día? Sí NO
- ¿El paciente ha visto a un otorrinolaringólogo? Sí NO
- ¿El paciente está usando un dispositivo para la apnea del sueño? Sí NO

Historial médico

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? _____ Sí No
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Comentar _____ Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Comentar _____ Sí No
- ¿Está tomando algún medicamento: aspirina, vitaminas, hierbas, pastillas o medicamentos? ¿Cual? _____ Sí No
- ¿Está haciendo una dieta especial? Comentar _____ Sí No
- ¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia? Por favor marque la casilla a continuación

- Aspirina
 Penicilina
 Codeína
 Acrílico
 Metal
 Látex
 Medicamentos de sulfá
 Anestésicos locales
 Otro _____

Mujeres (Por favor marque): Embarazada/intentando quedar embarazada Lactancia Tomar anticonceptivos orales



***¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Desmayos o Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la |
| <input type="checkbox"/> mandíbula | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de alzheimer | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Angina/dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis bacteriana | <input type="checkbox"/> Soplo o defecto cardíaco | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre/le salen moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Enfermedad/cirugías del Corazón | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herpes | | |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Espujo con sangre | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problema sinusal |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios/se queda fácilmente sin aliento | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Infarto |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial/ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hinchazón de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Stent coronario | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Medicina de cortisona | <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de riñon | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Drogadicción/Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |

¿Alguna vez ha tenido alguna otra enfermedad grave no mencionada anteriormente? Comentar _____
 Sí No

Hasta donde yo sé, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o si mis medicamentos cambian, informaré al dentista y al personal en la próxima cita sin falta.

X _____ Fecha: _____



Políticas de Oficina y Financieras

Gracias por elegir a Grant Family Dentistry para atender todas sus necesidades dentales. Nuestro objetivo como su proveedor de atención dental es crear una experiencia agradable y cómoda tanto en la silla del dentista como en el escritorio financiero.

Usted, como titular de la póliza de beneficios, es responsable de saber qué cubre y qué no cubre su plan y las reglas administrativas, como referencias y autorizaciones. Con el fin de brindar una atención integral de calidad a nuestros pacientes, somos un **proveedor fuera de la red**. Como cortesía a nuestros pacientes, enviaremos todas sus reclamaciones en su nombre. La mayoría de las compañías de seguros pagan lo mismo sin importar si están dentro o fuera de la red.

Cualquier cantidad no cubierta por su plan es su responsabilidad. Tómese un tiempo para leer nuestras Políticas de Oficina a continuación para que podamos establecer un entendimiento mutuo de cómo funciona nuestra relación. Lea y ponga sus iniciales en cada artículo a continuación.

Citas:

- Para su comodidad, nuestro horario habitual de oficina es el siguiente: lunes, miércoles y jueves de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. con un horario de almuerzo de 12:00 p. m. a 1:00 p. m. Martes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. con horario de almuerzo de 12:00 p. m. a 1:00 p. m. Estos tiempos pueden cambiar alrededor de los días festivos.
- Por favor llegue a tiempo a sus citas reservadas. Hemos reservado exclusivamente el médico, el equipo y las instalaciones para su atención dental personal. Si necesita reprogramar una cita, por favor háganoslo saber con **48 horas** de antelación. **Si se cancela o reprograma una cita dentro de las 48 horas anteriores a la hora acordada, se cargarán \$50 por hora programada a su cuenta.**
- Si llega quince o más minutos tarde a su cita, se considerará como **"ausencia"** y será reprogramada para otro día. **Se le cobrará un cargo de \$50 por hora programada a su cuenta.**
- Para cualquier cita programada para una hora o más, requerimos el **10 % DE DEPÓSITO NO REEMBOLSABLE** del tratamiento total programado para ese día. Retendremos el depósito si la cita se reprograma dentro de las 48 horas antes de la cita.
- Alentamos a nuestros pacientes a contarles a sus familiares y amigos sobre nosotros. Si refiere a alguien a nuestra práctica, recibirá una tarjeta de regalo de \$25.

Iniciales _____

Tarifas:

- Nuestra oficina cree que nuestras tarifas son una representación justa del estándar de atención que brindamos y están en sintonía con el estándar de la industria. Es tener una tarifa por práctica de servicio lo que nos permite brindar la calidad y los servicios de primera clase que usted recibe. El plan de tratamiento se actualizará regularmente con las tarifas actuales si no se programa en un plazo de 90 días posteriores a la presentación del tratamiento.

• Iniciales _____

Copago y Deducibles:

- Las inversiones de bolsillo estimadas del paciente deben pagarse en cada visita. Entiendo que los beneficios dentales disponibles están condicionados al estado laboral del paciente, la elegibilidad del plan, el pago de la prima, la cantidad de beneficios restantes, las disposiciones del plan y las exclusiones del plan. Los beneficios citados no son una garantía de pago. Las determinaciones finales de los beneficios pagaderos se realizarán en el momento en que se presente la reclamación para el pago. **Los beneficios no pagados por la compañía de seguros son responsabilidad del paciente.**

• Iniciales _____

Información de nuevos beneficios

- **La información de nuevos beneficios debe proporcionarse antes de la fecha de mi cita.** Acepto proporcionar esta información antes de que me atiendan. **Si no proporciono la información correcta sobre los beneficios, es posible que la totalidad de la factura sea mi responsabilidad.**

• Iniciales _____



Saldos:

- Después de que mi plan de seguro haya procesado el reclamo, **los saldos restantes vencen inmediatamente después de recibir una factura de la oficina**. Si no estoy de acuerdo con los montos adeudados por la Explicación de Prestaciones del seguro, **es mi responsabilidad contactar inmediatamente a mi compañía de seguros** para la resolución del problema. **Entiendo que no puedo retener el pago a Grant Family Dentistry hasta que se resuelva el problema del seguro**. Si la compañía de seguros corrige el problema, entiendo que mi cuenta será acreditada o se me reembolsarán los montos pagados en exceso.

• Iniciales _____

Solicitudes de información adicional para prestaciones:

- Entiendo que la solicitud de las compañías de seguros de información adicional necesaria para procesar los reclamos debe ser respondida de inmediato. Estos incluyen solicitudes para verificar otra cobertura de seguros, estado de estudiante de tiempo completo, etc. Si no brindo esta información de manera oportuna, es posible que la factura completa sea mi responsabilidad.

• Iniciales _____

Pagos:

- El pago vence cuando se prestan los servicios. Una estimación de los honorarios de su tratamiento se describirá en detalle con usted en el momento de su visita inicial o en la consulta de tratamiento de seguimiento.
- Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover y American Express.
- También trabajamos con empresas de financiación externas: Care Credit y Alphaeon.
- Ofrecemos planes de prepago internos que permiten realizar pagos antes de su cita.

• Iniciales _____

Facturación:

- Las facturas se envían a principios de mes y según sea necesario durante todo el mes. Envíe el pago o comuníquese con la oficina para pagar con tarjeta de crédito cualquier saldo adeudado inmediatamente después de recibir una factura. **Acepto comunicarme con la oficina de inmediato si tengo preguntas sobre una factura que recibo**.

• Iniciales _____

Saldos de más de 90 días:

- Entiendo que si permito que el saldo de mi cuenta exista por más de 90 días, es posible que reciba una Carta de notificación final. La falta de pago de mi cuenta o arreglos con la oficina en un plazo de 10 días puede resultar en que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobro. Los gastos de cobro incurridos debido a la cuenta morosa serán mi responsabilidad. Entiendo que la agencia de cobro informará los saldos impagos a todas las principales agencias de crédito. Antes de que me puedan atender en esta oficina nuevamente, entiendo que se deben pagar todas las tarifas, comisiones e impuestos relacionados con la participación de la agencia de cobro.

• Iniciales _____

Cambios en la dirección:

- Los cambios de dirección o números de teléfono deben comunicarse de inmediato. No esperaré hasta la próxima cita, ya que las facturas u otra correspondencia no me llegarán sin una dirección y un número de teléfono válidos en el archivo. Entiendo que si la oficina no puede comunicarse conmigo por teléfono o correo, mi cuenta será entregada a una agencia de cobro para continuar con la actividad de cobro. (Consulte Saldos de más de 90 días para obtener información adicional sobre las políticas de cobro)

• Iniciales _____

Cheques devueltos:

- Se incurrirá en un cargo de \$25 si se devuelve un cheque. El monto del cheque más la tarifa debe pagarse en un plazo de 10 días posteriores a la notificación mediante giro postal, efectivo o tarjeta de crédito. Si se devuelve un segundo cheque en mi cuenta, entiendo que la oficina ya no aceptará cheques personales para el pago.

• Iniciales _____



Nuevamente, le agradecemos por elegir a Grant Family Dentistry para atender sus necesidades dentales. Agradecemos su confianza y esperamos poder atenderle. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas financieras, no dude en preguntar. Firme a continuación para reconocer que comprende la política completa y que se le proporcionó una copia para sus registros.

Nombre impreso del paciente: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), existen ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información será utilizada para:

- *Contratar, planificar y dirigir cualquier tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- *Obtener pago de pagadores externos
- *Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones físicas.

Reconozco que he recibido su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta oficina tiene el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando, y que puedo contratar la práctica en cualquier momento en la dirección anterior, para obtener una copia actualizada de los Avisos de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar, por escrito, que usted restrinja cómo se usa y divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que debe aceptar mis restricciones solicitadas y, si acepta, está sujeto a dichas restricciones.

Nombre impreso del paciente: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____



Misión

Nuestra Misión es crear un impacto que cambie el mundo que nos rodea. Creemos en servir a nuestros pacientes brindándoles la mejor atención posible.

Nuestros valores fundamentales

Excelencia: Perseguimos la excelencia en todo lo que hacemos.

Positividad: Mantenemos un estado mental positivo, independientemente de las circunstancias.

Eficiencia: Utilizamos sistemas simples y eficientes para mantener la puntualidad.

Autenticidad: Somos auténticos en nuestras interacciones y creemos genuinamente en los valores de nuestro equipo.

Crecimiento: Tenemos sed de desarrollo personal y profesional.

Desinteresado: Servimos desinteresadamente a nuestros pacientes y entre nosotros.

Tus derechos

Restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones o divulgación de uso. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero tomaremos nota de la solicitud y la cumpliremos si corresponde.

Acceso: Tiene derecho a acceder a su información personal de salud. La solicitud de acceso debe hacerse por escrito. Puede hablar con nuestro gerente de oficina para programar una cita para ver su información. También puede solicitar una copia de su información médica personal.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica personal. Su solicitud debe ser por escrito y explicar lo que debe modificarse y la razón de tal solicitud. Tenemos el derecho de denegar esta solicitud si consideramos que haría que su información fuera inexacta. Le informaremos de la decisión de modificar su información.

Divulgaciones: Tiene derecho a solicitar una lista de los momentos y las entidades a las que hemos divulgado su información personal de salud. Estas divulgaciones son solo para instancias que no sean de tratamiento, pago u operaciones. Esta divulgación se dará de forma gratuita cada año si se solicita. Nos reservamos el derecho de cobrar por esto si se solicita más de una vez en un período de 12 meses.



Mantenimiento de registros

Como su proveedor dental, haremos todo lo que esté a nuestro alcance para mantener sus registros e información de manera segura y privada. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas, pero se le informará de cualquier cambio por adelantado. Solo divulgaremos información sobre usted y su tratamiento en circunstancias específicas. Estos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

Tratamiento: Podemos utilizar su información durante el tratamiento. Esto incluye divulgar información a otros dentistas, médicos, otros proveedores de atención médica, técnicos de laboratorio y nuestro personal.

Pago: Podemos divulgar información personal sobre usted y su tratamiento a operadores y entidades externas de procesamiento de pagos. Esto incluye compañías de seguros, cámaras de compensación de reclamos, agencias de cobro y administradores externos, como cuentas de reembolso médico para empleados.

Operaciones: Podemos utilizar su información personal durante las operaciones de nuestra oficina. Esto puede incluir revisiones de garantía de calidad/mejora de la calidad, acreditación, capacitación y actividades de certificación y acreditación.

Usos varios: En ciertos momentos, es posible que debamos utilizar su información para fines distintos a los descritos anteriormente. Ejemplos de estos incluyen: recordatorios de citas (tarjetas, mensajes de voz y cartas), abuso/negligencia, seguridad nacional, familiares y amigos inmediatos (solo en la medida en que se usen en operaciones de atención médica o pago), escuelas (carta de justificación de ausencia debido a tratamientos dentales), educación (uso de información en presentaciones o conferencias con respecto al tratamiento o procedimiento), publicidad y, en algunos casos, a las fuerzas de la ley y liberaciones ordenadas por la corte (médico forense, compensación laboral, pólizas de automóvil y pólizas de seguro de vida).