

REGISTRACION DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA LO MAS CLARO POSIBLE

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Inicial del 2o Nombre:** _____

El Paciente es : El Titular en la Asegurancia Responsable de los costos de Tratamiento Dependiente del Asegurado

INFORMACION DEL PACIENTE

Dirección: _____ **Apt#** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Zip: _____ **Tel Casa:** _____ **Tel Trabajo:** _____ **Tel Celular** _____

Estado Civil: ___ Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___ Separado(a)

Fecha de Nacimiento: _____ **Numero de Social Security:** _____

E-Mail: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

RESPONSABLE POR LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO (EN CASO DE NO SER EL PACIENTE)

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Inicial del 2o Nombre:** _____

Dirección: _____ **Apt#** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Zip: _____ **Tel Casa:** _____ **Tel Trabajo:** _____ **Tel Celular:** _____

Social Security #: _____ **Sexo:** ___ Masculino ___ Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ **E-Mail:** _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA (PERSONA DUEÑA DE LA POLIZA):

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Inicial del 2o Nombre:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado/Zip:** _____

Social Security del dueño de la Asegurancia: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero de ID de la Asegurancia: _____ **Compañía de Asegurancia :** _____

Compañía donde Trabaja: _____ **Teléfono Asegurancia:** _____

Dirección de la Asegurancia: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____

Ciudad/Estado/Zip _____ **Tel Casa:** _____

EL PAGO POR TODOS LOS SERVICIOS RECIBIDOS ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE. PRISMA DENTAL PROCESA Y ENVIA UNA FACTURA DE COBRO A SU ASEGURANZA PERO NO GARANTIZA EL PAGO DE LOS COBROS. POR CONSIGUIENTE, ES MUY IMPORTANTE QUE USTED ENTIENDA E INVESTIGUE QUE TIPO Y CANTIDAD DE CUBRIMIENTO PUEDE OBTENER DE SU ASEGURANZA. EN ULTIMA ESTANCIA, TODOS LOS SERVICIOS PROVEIDOS AL PACIENTE SON RESPONSABILIDAD DE SU APODERADO O DE SI MISMO SIN IMPORTAR LA NATURALEZA O MEDIDA DE LOS MISMOS. EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE CO-PAGOS, DEDUCIBLES, CO-SEGUROS Y CUALQUIER BALANCE QUE QUEDE ANTES Y DESPUES DE RECIBIR LOS PAGOS DE LA COMPAÑIA DE SEGURO (ASEGURANZA). POR FAVOR PREGUNTE SI HAY DUDAS ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO LA POLIZA DE PAGO MENCIONADA EN ESTE FORMULARIO DE PREGUNTAS Y QUE ACEPTO TODOS LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN ELLA. ADICIONALMENTE, AUTORIZO QUE MI ASEGURANZA PAGUE A PRISMA DENTAL POR CUALQUIER SERVICIO QUE ME HAYAN BRINDADO. AUTORIZO A PRISMA DENTAL PARA QUE UTILICE CUALQUIER INFORMACION MIA PARA PROCESAR RECLAMOS PARA PAGO O SERVICIOS DE ASEGURANZA. AUTORIZO A PRISMA DENTAL PARA COBRARME \$38.00 SI ES NECESARIO UTILIZAR UNA AGENCIA DE COLECCIÓN. (SI EL COBRO TIENE QUE SER PASADO A FASE 2 -DIFFICULT TO COLLECT ACCOUNTS- POR DICHA AGENCIA, AUTORIZO QUE ME COBREN HASTA EL 50% SOBRE EL VALOR ADEUDADO PARA CUBRIR GASTOS ADICIONALES DE COLECCION).

FIRMA DEL PACIENTE, PADRES O APODERADO: _____ **Fecha** _____

Por favor NO deje firmar al paciente si es menor de edad

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE SI USTED NO ES EL PACIENTE: _____

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Esta en este momento bajo algun tratamiento medico? NO ___ SI ___ Por favor explique si SI: _____

Ha tenido alguna Enfermedad u Operación Grave en los ultimos 5 años? NO ___ SI ___ Por favor explique si SI: _____

Ha tenido lesiones graves en la Cabeza o Cuello en el pasado? NO ___ SI ___ Por favor explique si SI: _____

Esta tomando alguna Medicina? NO ___ SI ___ Por favor explique si SI: _____

Esta bajo alguna dieta especial en este momento? NO ___ SI ___ Por favor explique si SI: _____

Usa usted Tabaco o Fuma? NO ___ SI ___ **Usa Substancias Adictivas/ilegales o Drogas?** NO ___ SI ___

MUJERES: Esta embarazada (o sospecha estarlo)? NO ___ SI ___ . Esta Alimentando su bebe con leche materna? NO ___ SI ___
Esta TOMANDO anticonceptivos? NO ___ SI ___

ES ALERGICO A: Aspirina ___ Penicilina ___ Codeina ___ Acrilico ___ Metal ___ Latex ___

Anestesia Local ___ **Otros:** ___ *Si marco "Otros" por favor especifique a QUE es alergico: _____

POR FAVOR ESCRIBA UNA "X" O CIRCULE SU RESPUESTA

Molestias en la Mandibula SI ___ NO ___	Tratamientos con Cortisona SI ___ NO ___	Enfermedades en la Sangre SI ___ NO ___	Tumores/Malformaciones SI ___ NO ___
Sangrado Anormal SI ___ NO ___	Diabetes SI ___ NO ___	HIV/SIDA SI ___ NO ___	Tuberculosis (TB) SI ___ NO ___
Abuso de Drogas/Alcohol SI ___ NO ___	Dependencia a las Drogas SI ___ NO ___	Marcapasos SI ___ NO ___	Ataques SI ___ NO ___
Anemia SI ___ NO ___	Enfisema SI ___ NO ___	Presion Alta SI ___ NO ___	Infarto SI ___ NO ___
Artritis SI ___ NO ___	Epilepsia SI ___ NO ___	Ictericia(Fiebre Amarilla) SI ___ NO ___	Transplantes SI ___ NO ___
Valvulas Artificiales SI ___ NO ___	Episodios de Desmayo SI ___ NO ___	Fiebre Reumatica SI ___ NO ___	Ulceras SI ___ NO ___
Articulaciones Artificiales SI ___ NO ___	Glaucoma SI ___ NO ___	Problemas en el Higado SI ___ NO ___	Enfermedades Venereas SI ___ NO ___
Asma SI ___ NO ___	Soplo en el Corazon SI ___ NO ___	Enfermedad en los Pulmones SI ___ NO ___	Sinusitis SI ___ NO ___
Enfermedades en la Sangre SI ___ NO ___	Problemas /Cirujia del Corazon SI ___ NO ___	Sufre de la Tiroides SI ___ NO ___	Tratamiento Psiquiatrico SI ___ NO ___
Efermedades en los Huesos SI ___ NO ___	Dolores de Cabeza frecuentes SI ___ NO ___	Problemas en los Riñones SI ___ NO ___	Tratamiento con Radiacion SI ___ NO ___
Cancer/Quimioterapia SI ___ NO ___	Lesiones Congenitas de Corazon SI ___ NO ___	Hemofilia SI ___ NO ___	Prolapso en la Valvula Mitral SI ___ NO ___
Problemas de Circulacion SI ___ NO ___	Hepatitis SI ___ NO ___	Fiebre Escarlatina(Escarlata) SI ___ NO ___	Herpes SI ___ NO ___

Sufre de alguna otra condicion , enfermedad o problema que no se haya mencionado aquí arriba? SI ___ NO ___

Si SI por favor explique: _____

Certifico que la informacion que estoy suministrando hoy es correcta. Entiendo que esta informacion sera retenida con la mas estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a el profesional de la salud que me trate si hay algun cambio en my condicion medica. Yo autorizo a el/la dentista de Prisma Dental a darme el(los) servicio(s) que yo desee y autorice durante el Diagnostico y Tratamiento.

Firma de elPaciente, Padre(s) o Guardian: _____ **Fecha:** _____

Por favor NO deje firmar al paciente si es menor de edad

Escriba su nombre si NO es el paciente: _____ **Relacion con el Paciente:** _____



**NOTA DE RECONOCIMIENTO DE DERECHO A
SU PRIVACIDAD**

La protección de su Privacidad es nuestra absoluta prioridad, especialmente cuando se trata de Información referente a la Salud. De acuerdo con el Acta de 1196 Portabilidad y Responsabilidad del seguro de Salud (HIPPA) es nuestro deber proporcionarle una copia de nuestras reglas con respecto a su privacidad y los procesos que seguimos para protegerla. Le recomendamos leer este documento cuidadosamente debido a que explica en detalle las limitaciones de uso y divulgación de su información médica y sus derechos como Paciente. Si tiene alguna duda o pregunta con respecto al uso de disseminación de su información personal y/o de salud será un placer para nosotros explicarle.

Certifico que me han ofrecido una copia de las normas por las que **PRISMA DENTAL** se rige para proteger mi información y mis derechos y que soy libre de recibir o declinar el recibimiento de dichas copias.

POR FAVOR ESCRIBA TAN CLARO COMO SEA POSIBLE.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente/ Apoderado/Padre/Madre

Por favor **NO deje firmar al paciente si es menor de edad.**

Si el que firma esta forma NO es el paciente

Por favor escriba su nombre

POLIZA DE CREDITO Y PAGOS

COMPAÑÍA DE SEGURO (ASEGURANZA)

Nosotros enviamos una factura de cobro a la compañía de Seguro (aseguranza) como cortesía a nuestros clientes. Por favor tenga en cuenta que los precios son dictados por la compañía de su seguro dental y que la cantidad que nuestro sistema calcula es **únicamente un estimado**. Tenga presente que las compañías de seguro no pagan la totalidad del costo en la gran mayoría de los tratamientos; por lo tanto, la diferencia entre dicho pago y el total del costo del procedimiento específico es responsabilidad del paciente/apoderado y dicha cantidad deberá ser pagada el día que se realiza el tratamiento/procedimiento al igual que los deducibles y co-pagos requeridos por su aseguranza. Le recomendamos investigar y entender su plan de Seguro para evitar malentendidos.

PAGOS

El pago será recolectado al momento del servicio a no ser que se hayan hecho convenios con anticipación. Aceptamos pago con Dinero en efectivo, Tarjeta Debito y/o Crédito (MásterCard, Visa, Lending Club Patient Solutions, CareCredit Card, Prosper Lending, Discover, Amex). Pagos con Tarjeta de Crédito/Debito pueden tener un costo adicional y se pueden hacer por teléfono. Cuando se compra nuestro plan de descuento **NO** se aceptan pagos con Lending Clup Patient Solutions or CareCredit. Nosotros usamos agencias de colección para cobrar facturas ya vencidas por más de 30 días. Toda factura mandada a agencia de colección se le sumara un cobro de \$38.00. Este costo de colección **NO** es negociable y se convertirá en responsabilidad del paciente/apoderado. (SI EL COBRO TIENE QUE SER PASADO A FASE 2-DIFFICULT TO COLLECT ACCOUNTS- POR DICHA AGENCIA, AUTORIZO QUE ME COBREN HASTA EL 50% SOBRE EL VALOR ADEUDADO PARA CUBRIR GASTOS ADICIONALES DE COLLECCION). Asegúrese estar de acuerdo con este cobro antes de firmar este contrato.

CONVENIOS DE PAGO

Ofrecemos métodos de pago por cuotas, tarjeta de Crédito "CareCredit" o "Lending Club patient solutions" para dar comodidad y facilidad a nuestros clientes. **RECOMENDAMOS, SOBRE TODO, NUESTRO PLAN DE PAGO POR CUOTAS**. Con este plan, usted podrá ir pagando su tratamiento y solo paga cuando venga a las citas. No hay costo de financiación alguno y el pago se calcula de acuerdo a la cuota inicial y al número de citas que requiera su tratamiento. Pregúntenos y gustosamente le explicaremos este plan. Root canal, build up y coronas tienen una excepción al plan de pago por cuotas. Por favor pregúntenos para explicarle esta excepción.

LES ROGAMOS NOS DISCULPEN PERO NO RECIBIMOS CHEQUES PERSONALES.

CITAS

Las citas son asignadas con un tiempo y hora específicos que son reservados para cada Paciente. Pedimos que nos notifique con al menos 24 hrs de anticipación a su cita en caso de no poder asistir para así asignar esa hora a otro paciente. Esto nos ayuda a brindarle a usted, y a todos nuestros otros pacientes, más disponibilidad de citas en caso de ser necesario. El no avisar y/o no cumplir citas resultara en un cobro de US \$30.00 por la primera cita y US \$40.00 por la segunda. Tres citas o mas que no se avise y no se cumplan nos podría hacer expulsarlo de nuestra oficina.

Firmo este documento COMO PRUEBA que entiendo y acepto todos los términos y condiciones de este contrato.

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del Paciente/Padre(s)/Apoderado _____

*Por favor **NO** deje firmar al paciente SI ES MENOR DE EDAD*

Escriba su nombre si Usted **NO** es el paciente: _____ Relación con el Paciente: _____



CONTACTOS DE EMERGENCIA

En caso dado de presentarse una emergencia Dental/Medica y, si por algun motivo los padres/guardians no estan presentes, y se necesiten tomar decisiones urgentes, nosotros requerimos al menos 3 personas que se puedan contactar para dar autorizacion un lugar de los padres/guardians.

Nombre _____ Apellido _____ Telefono _____ Relacion con el Paciente _____

Nombre _____ Apellido _____ Telefono _____ Relacion con el Paciente _____

Nombre _____ Apellido _____ Telefono _____ Relacion con el Paciente _____

Nombre _____ Apellido _____ Telefono _____ Relacion con el Paciente _____

Nombre _____ Apellido _____ Telefono _____ Relacion con el Paciente _____

En caso de presentarse una emergencia y no estar presente, yo, padre/Guardian de: _____ autorizo a cualquiera de las personas nombradas en este document para tomar decisiones para el tratamiento de el paciente mencionado aqui arriba, en mi lugar, asi sean de vida o muerte.

Padre(s)/Guardiane(s) _____ Firma: _____

Escriba su nombre claramente

Fecha de hoy: Dia _____ Mes _____ Año _____

QUIEN LO(A) REFIRIO(A) A NUESTRA OFICINA: Internet - Boletin – Revista – Referido(a) por _____

Por favor circule uno

Nombre de Persona o Compañia de Seguros