

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

816 1st Ave South
Conover NC 28613
Teléfono: 828-465-1344
Fax: 828-465-1444
conoverdental@gmail.com



Fecha de hoy: / /

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección Residencial: _____
Teléfono de la Casa: (____) ____ - ____ Teléfono celular: (____) ____ - ____ Correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

En caso de alguna emergencia avisar a: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

¿Cómo supiste de nosotros? (circule todo lo que aplique)

Amigo(a), familia, compañero(a) de trabajo, sitio de web del seguro, búsqueda web, directorio telefónico, tarjeta postal, otra

Persona responsable de esta cuenta

Yo Padre/Madre Guardian legal Otro(a) _____
Nombre: _____ Dirección Residencial: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Seguro Dental (si no tiene seguro dental marque ninguno y continua con la siguiente sección)

YO Esposo(a) NINGUNA Otro(a): _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Num. SS del Asegurado/ID: _____

Empleador del asegurado: _____ Nombre de la compañía aseguradora: _____
Num. de identificación del miembro #: _____ Num. De Grupo#: _____
Num. de teléfono de la compañía aseguradora: (____) ____ - ____

***Tiene una cuenta de gastos flexibles de FSA? SI NO Si contesta si, cuanto: \$ _____

Por la presente, acepto la responsabilidad del pago de esta cuenta. Al firmar a continuación, estoy consciente de que cualquier saldo de 60 días de cada servicio puede estar sujeto a una multa por pago atrasado de 1.5% por mes (18% por el año). También entiendo que cualquier tarifa incurrida en el cobro de esta cuenta, incluidos los honorarios de los abogados, se agregará al saldo y será pagada por la persona responsable de la cuenta. Cualquier acuerdo financiero que difiera de los enumerados debe ser discutido y acordado por escrito por ambas partes antes de que el paciente reciba tratamiento. Después del segundo aviso de estado de cuenta por un saldo vencido, utilizamos una firma de administración de cuentas y se aplicará una tarifa de administración de cuenta de \$26 después del aviso apropiado por correo.

Firma X _____ Fecha de hoy: _____

Liberación de seguro de información y asignación de beneficios

Al solicitar un examen y / o tratamiento, autorizo la divulgación de toda la información (incluidas las radiografías) necesaria para procesar mis reclamos. Autorizo a esta oficina a poner mi nombre en todos y cada uno de los reclamos de seguro. También autorizo que el pago se realice directamente a Londry y Modlin II, DDS PLLC (Conover Dental) por mis beneficios de seguro que, de otro modo, se pagarían a mí por servicios profesionales prestados. Entiendo que no se puede garantizar el pago de mi compañía de seguros a pesar de las declaraciones o garantías verbales de los empleados de esta cláusula y acepto que soy financieramente responsable y acepto pagar cualquier cargo no cubierto por el seguro. El pago se adeudará en cualquier saldo pendiente en un plazo de 60 días a partir de la fecha de cada servicio, independientemente del estado de los reclamos de seguro. En el caso de que su compañía de seguro dental le envíe un pago por los servicios prestados por nuestra oficina, debe entregar todos los fondos de manera oportuna. Si no lo hace, su cuenta se colocará en nuestra firma de administración de cuentas. Autorizo a esta oficina a contactarse e intercambiar información con agencias de crédito con respecto a cualquier crédito otorgado en mi cuenta.

Firma X _____ Fecha de hoy: _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o procedimientos médicos?(Primero lea todas las condiciones en la lista, luego marque ya sea respuestas "sí" o "no" respuestas a la izquierda.)

¿Problemas, cirugías, defectos con estos órganos principales?

Si No **Corazón:** ataque, angina/ dolor, murmullo/MVP- Prolapso de la válvula mitral u otro defecto, latido rápido, marcapasos, cirugías, reemplazo de válvula:

Si No **Pulmones:** asma, enfisema, dificultad para respirar, cáncer, tuberculosis, copd, otros:

Si No **Hígado:** hepatitis (tipos A, B, C) ictericia / cirrosis, agrandamiento, cáncer, cirugías, daño debido al alcohol o drogas:

Si No **Riñón:** trasplante, extirpación, piedras u otros:

Por favor resume cualquier otra consulta o detalles adicionales desde arriba:

¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias? Luego marque ya sea respuestas "sí" o "no" respuestas a la izquierda

Si No Hospitalizado por alguna razón	Si No Problemas al soplar
Si No Problemas del Riñon	Si No Cirugía de Corazón / Marcapaso
Si No Anemia	Si No Hemofilia / Sangra con facilidad
Si No Tratamiento de Radiación	Si No Hepatitis
Si No Huesos Artificiales / Coyunturas	Si No Presión Arterial Alta / Baja
Si No Válvulas Artificiales	Si No SIDA / "HIV"
Si No Asma / Artritis	Si No Hospitalizado por alguna razón
Si No Transfusión de Sangre	Si No Problemas del Riñon
Si No Cáncer / Quimioterapia	Si No Prolapso: Válvula Mitral
Si No Defecto Congénito del Corazón	Si No Problemas Psiquiátricos
Si No Diabetes / Tuberculosis (TB)	Si No Fiebre Reumática / Fiebre/Escarlatina
Si No Dificultades Respiratorias	Si No Dolores de Cabeza Severos/Frecuentes
Si No Abuso de Drogas / Alcohol	Si No Herpes Zoster / Culebrilla
Si No Enfisema / Glaucoma	Si No Sinusitis
Si No Epilepsia / Convulsiones/Desmayos	Si No Ulceras / Colitis
Si No Ampollas / Herpes	Si No Enfermedades Venéreas
Si No Ataque del Corazón / Derrame	

Medicinas y alergias

Si No ¿Tienes alergia al látex?

Si No ¿Es usted alérgico a algun medicamento?

Si No ¿Ha tomado esteroides recetados por más de 2 semanas en los últimos 2 años?

Si No ¿Anticoagulantes? marque: coumadin / warfarin; Plavix Pradaxa; aspirina diaria / otros medicamentos:

Si No ¿Medicina para la osteoporosis? alendronate (fosamax), pamidronate (aredia), risedronate (actonel, atelvia), zoledronate (zometa, reconst, aclasta) etidronate (didronel), raolxifene (evista) ibandronate (bonviva)

Mujeres:

Si No ¿Está embarazado? Hace cuanto:

Si No ¿Está dando de mamar?

Si No ¿Está tomando medicina para planificar?

Por Favorescriba todos los medicamentos que está tomando:

Autorización para el Tratamiento

Autorizo al médico y al personal a realizar los servicios dentales necesarios después del diagnóstico y la discusión oral. Acepto que la información completada en este formulario es precisa y completa según mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de este personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado, incluidos los medicamentos.

Nombre del paciente _____

X _____
Firma

_____/_____/_____
Fecha:

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud
HIPAA**

Debido a las reglamentaciones federales relacionadas con la privacidad del paciente, no podemos discutir su información médica o sus registros con ninguna persona, o familiares, sin su consentimiento.

Por favor lea las siguientes declaraciones con mucho cuidado y marque todas las que apliquen.

- Solo discutir mi información financiera y de salud conmigo
- Sí, el personal de dentista de conover puede hablar sobre mi condición médica o asuntos financieros con los miembros de la familia que se enumeran a continuación.
- Pueden dejar información sobre mi cuenta o cita en mi correo de voz.
- Pueden comunicarse por correo electrónico dirección de correo electrónico

Nombre	Relación	Número de teléfono

Comentarios:

Como paciente o guardian legal, es su responsabilidad de avisarnos si alguna de las informaciones anteriores cambia en cualquier momento.

Firma X _____ Fecha ____ / ____ / ____



**Ley De Portabilidad Y Rendición De Cuentas Del Seguro Médico
(HIPAA)**

Derechos del paciente:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará como se describe en este documento enviando una notificación por escrito a Modlin y Londry PLLC.

Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro.

Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento no estará condicionado a la firma de esta autorización

Esta autorización será vigente hasta que sea revocada por el paciente o el representante que firma la autorización

Firma X _____
Fecha ____ / ____ / ____

Reconocimiento del aviso de privacidad de las prácticas

Este formulario se publica en nuestra sala de espera y está disponible en línea en nuestro sitio web en www.conoverdental.com. Si lo solicita, he recibido una copia escrita del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma X _____
Fecha ____ / ____ / ____

CONOVER DENTAL

****Si no hay seguro de presentar, puede omitir esta página.**

Sobre su cobertura de seguro dental

La cobertura de seguro dental cambia constantemente. Nuestro personal está aquí para ayudarlo a comprender su cobertura de seguro dental particular. Para cada paciente o familia, nos contactamos con su compañía de seguros y recopilamos información que nos ayuda a interpretar la cobertura, interpretándose la palabra clave.

Aunque utilizamos un formulario para verificar la información detallada sobre los períodos de espera, la degradación en la cobertura del tratamiento y las restricciones de tratamiento, a veces las compañías de seguros no divulgan la información adicional que está fuera de lo normal que sería útil para nosotros. No es una "ciencia" perfecta en otras palabras.

Puede ayudarnos de varias maneras:

- Lea su póliza e intente familiarizarse con los detalles de la cobertura, incluyendo los períodos de espera, el pago máximo por año, el tratamiento excluido, etc.
- Solicite a nuestra recepcionista una lista de los planes que aceptamos.
- Antes de la cita. Infórmenos de cualquier cambio o actualización con su cobertura.
- Para cualquier plan de tratamiento se puede mandar una preestimación de la autorización previa, esto puede proporcionarle una mayor información sobre lo que está cubierto (pero tenga en cuenta que esto puede demorar el tratamiento entre 30 y 60 días).

El paciente debe comprender que la calidad del seguro está determinada por la prima pagada por la póliza y existen muchos niveles de seguro dental. En la actualidad, existen muchas pólizas que no cubren el 100% o cerca de las necesidades preventivas y el paciente debe investigar esto antes de la cita. A veces se nos pide que hagamos ajustes en la cuenta para las deficiencias de pago o denegaciones de pago por parte de la compañía de seguros, pero lamentamos no poder satisfacer este tipo de solicitudes.

Firma X _____

Fecha: ____ / ____ / ____