

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 a cabo 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 pagar menos 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

REGISTRO DEL PACIENTE

POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

HISTORIA DENTAL

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

Antiguo dentista: _____ Últimas radiografías _____

Por favor marque si tiene / tuvo:

Mal aliento	☐	Encias hinchadas, enrojecidas o sangrantes	☐	Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a Novocaina o anestésicos locales o generales?	☐
Ampollas en los labios o la boca	☐	Dolor en la cabeza, el cuello o la mandíbula	☐		
Sensación de ardor en la lengua	☐	Mordedura de labios o mejillas	☐	Si la respuesta es Sí, por favor explique	_____
Mastica en un lado de la boca?	☐	Dientes móviles	☐		_____
Fumar cigarrillos, pipas o cigarros	☐	Respiración bucal	☐		_____
Masca Tabaco sin humo?	☐	Tratamiento de ortodoncia	☐	¿Alguna dificultad con tratamiento anterior?	☐
Boca seca	☐	Óxido nitroso	☐	Si la respuesta es Sí, por favor explique	_____
Retención de alimentos entre los dientes	☐	Tratamiento periodontal	☐		_____
Aprieta los dientes	☐	Sensibilidad a la presión o irritantes,	☐		_____
Rechina los dientes	☐	(Frío, calor, dulces)	☐		_____
Crecimientos o puntos doloridos en la boca	☐	¿Con qué frecuencia usa el hilo dental?	_____	¿Con qué frecuencia te cepillas??	_____

HISTORIA MEDICA

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

Dirección del médico: _____

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

¿Ha tenido alguna enfermedad o operación invasiva? Si ☐ En caso afirmativo, indique fechas aproximadas: _____

Embarazada? Si ☐ Fecha ? _____ **Amamantando?** Si ☐ **Anticonceptivos?** Si ☐

Por favor marque si tiene / tuvo:

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

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

PAYA 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.

- **TODO LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR NUESTRO 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 (planes de pago)**

PAYA DENTAL PROPORCIONA LA FACTURACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COMO CORTESÍA 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 cancelación completa del pago antes de recibir nuestros servicios y finalización 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, o a Visa, MasterCard o Discover.

SEGURO

PAYA 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 PAYA 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 PAYA Dental. Sin embargo, si usted es pagado por la compañía de seguros en lugar de PAYA Dental, entonces se hace responsable del saldo total de la cuenta y el pago se espera 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 PAYA en la fecha del servicio.

PAGOS DELINQUENTES

La póliza de la oficina incluye que después de 30 días de un balance pendiente, este será transferido al departamento de colección.

CITAS PERDIDAS O CANCELADAS

A menos que se cancele su cita en 24 horas de antelación un cargo de \$35 será impuesto. 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

POLÍTICA FINANCIER



Garantia Dental

Nuestra practica esta orgullosa de la gran atencion odontologica que brindamos para usted y su familia. Nuestro objetivo no es simplemente evitar cual quier problema dental o medico que pueda tener, sino prevenir complicaciones dentales que pueden provocarle la perdida de su tiempo y de su dinero. El exito a largo plazo de los tratamientos que les brindamo depende de la continuidad que usted le de en el hogar. Ofrecemos los exámenes y limpieza dentales cada 3, 4 o 6 meses dependiendo de su salud buccal. Con esto en mente, ofrecemos las siguientes garantias dentales limitadas:

Sellantes Dentales:

Los selladores dentales son una capa que el dentista coloca en las ranuras de los dientes posteriores para protegerlos de caries.

Empastes (de color del diente)

Si un empaste es el tratamiento recomendado, lo remplazaremos o repararemos en caso de un fallo por un period de 3 meses. Si el diente se rompe y requiere una corona, se acreditara al costo del relleno hacia la corona. La unica excepcion a esto es si el paciente tiene evidencia de bruxismo o apretamiento y no usa un protecto de mordida o un aparato para dormir, entonces la garantia sera anulada.

Endodocias (Tratamiento de conducto)

El tratamiento de conducto tiene un exito de 95 % y normalmente requiere una corona despues, pero aun asi todo falla ocasionalmente. Si el tratamiento de conducto falla dentro de un año, le daremos un credito de la mitad pagado hacia a al tratamiento de conducto y se lo aplicaremos en cualquier implante, puente o parcial removible.

Coronas, Puentes, Carillas de Porcelana y Inlays/Onlays

Estos procedimientos son delicados por lo cual el paciente debe de tener en cuenta la importancia del cuidado en el hogar para que le sea duradero. Paya Dental garantiza estos procedimientos completos por un año. Los reemplazaremos o lo repraramos sin cargo alguno en el periodo de 12 meses si se rompen, o se deterioran con el uso normal. La unica exepcion a esto es si el paciente tiene evidencia de bruxismo o apretamiento y no usa protector de mordida o un aparato para dormir, entonces la garantia sera anulada.

Dentaduras Completa y Dentaduras Parciales

Garantia de dentaduras postizas y parciales durante un periodo de 6 meses si algun diente se parte o se rompe, o el acrilico se rompe. Esta garantia solamente es valida por defecto de fabricacion y no por mal uso o accidentes.

Protectores de Mordida

Garantizamos estos aparatos durante 6 meses contra rotura de desgastes regular. Esta garantia no incluye dejarlos caer, lavarlos con productos inapropiados o dejarlos de usar diariamente. Los pacientes deben traer SIEMPRE su aparato oral a sus citas para ver si esta funcionando correctamente.

Invisalign, Braces y Cuidado Ortodontico

Retencion! Retencion! Retencion! Recomendamos que utilicen retenedores cada noche, siempre y cuando desee tener una sonrisa hermosa y alineada.

Implantes Dentales

Los implantes en nuestra oficina tienen una tasa de exito 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 dara un credito para el implante y los servicios asociados: injertos oseos, pilares y coronas cuando se repita. Si el exito se alcanza el plazo de 1 año, el paciente tendra la responsabilidad completa del pago, si no entonces se le dara un credito 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 sonreir y sentirse seguros.

Nota: Como puede ver, estamos seguros de la durabilidad de nuestro tratamiento segun lo diagnosticado para usted. La clave principal para su exito a largo plazo es dedicarle unos minutos al dia a su salud buccal. Esto incluye el cepillado, el uso del hilo dental, el fluoruro , cualquier producto prescrito. El uso de cualquier retenedor, dentadura, parcial, protector de mordida, protector nocturno y con los limpiadores sonicos les ayudara a durar muchos años mas. La segunda clave de exito son los exámenes profesionales regulares y las limpiezas, los rayos x y los tratamientos con fluoruro (intervalos de 3,4,6 meses, dependiendo de su condicion oral.) Ayudanos a ayudarte a conservar tus dientes para toda la vida. Si regresa para chequeos regulares y limpiezas, su trabajo dental y la sonrisa duraran mucho mas tiempo!

Esta garantia sera anulada y sin efecto si el paciente no mantiene su limpieza y chequeo regular cada 3,4,6 meses segun lo recomendado por el dentista o higienista.

Firma del Paciente: _____

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

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

Confirmo que se me ha proveído con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **PAYA 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. **PAYA DENTAL, (PD)** 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. **PD** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **PD** 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 **PD** and me and consent to the conditions outlined here in. Any questions I may have have been 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. **PAYA DENTAL, (PD)** 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. **PD** usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **PD** 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 **PD** y yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me ha 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

Date *Fecha _____

In Case of Any Emergency Please Call 911 or Proceed to the Nearest Emergency Room, DO NOT USE THIS WAY OF COMMUNICATION FOR THAT PURPOSE.
En Caso de Cualquier Emergencia Por Favor Llame al 911 o Proceda al Centro de Emergencia Cercano, NO USE ESTA FORMA DE COMUNICACIÓN PARA ESE PROPOSITO



I _____ give my consent for information and/or images/photographs about MYSELF/MY CHILD OR WARD/MY RELATIVE [circle correct description] relating to the subject matter above to appear in the identified website (payadentalweb.com) and associated publications.

I understand the following:

- The information will be published without my name. I understand that complete anonymity cannot be guaranteed and someone may be able to recognize me.
- The text of the article will be edited for style, grammar, consistency, and length.
- The information may be published on our website, and or social media which are distributed worldwide. Readers include doctors, but also other members of the public.
- I can revoke my consent at any time before publication, but after the information has been published, it will not be possible to revoke consent.
- I will not receive any compensation, financial, or otherwise for the use of the information.

Signature: _____

Date: _____

Yo _____ doy mi consentimiento para obtener información y / o imágenes / fotografías de MI MISMO / MI NINO / MI FAMILIAR [círculo en la descripción correcta] relacionadas con el tema mencionado anteriormente para que aparezcan en el sitio web identificado (payadentalweb.com) y publicaciones asociadas.

Entiendo lo siguiente:

- La información será publicada sin mi nombre. Entiendo que no se puede garantizar el anonimato completo y que alguien puede reconocerme.
- El texto del artículo se editará por estilo, gramática, consistencia y longitud.
- La información puede publicarse en nuestro sitio web y en las redes sociales que se distribuyen en todo el mundo. Los lectores incluyen médicos, pero también otros miembros del público.
- Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero después de que se haya publicado la información, no será posible revocar el consentimiento.
- No recibiré ninguna compensación, financiera o de otro tipo por el uso de la información.

Firma: _____

Date: _____

PAYA DENTAL

Authorization to Share my Dental Care Information

We are committed to providing the best quality clinical care and clear communication to our patients and their authorized guardian. In our practice, we often have our patient accompany by a friend or a family member to their appointment. Individuals other than authorized guardians are NOT allowed to accompany patient inside the treatment room, nor have access to patient dental care information or approve consent to treatment. This ensures your rights and responsibilities as the responsible party are not inadvertently over stepped.

If you are would like a family member or a close friend, to have access to your dental care information and dental treatment including financial decisions, the following form MUST be completed prior to us releasing information.

We take our responsibility to your oral health with the utmost respect and are continually striving to improve our services and communication to all your families, thank you, again, for entrusting your oral health to our care.

Date:

I, patient at PAYA DENTAL give full authorization to disclose my personal information, including dental appointment information, dental treatment plans, discuss dental financials and make changes to my dental care. I can be contact at the following telephone number:

Autorizacion para compartir mi informacion Dental

Estamos comprometidos a proporcionar la mayor atencion clinica y una comunicacion clara a nuestros pacientes y su tutor autorizado. En nuestra practica, amenudo nuestros pacientes son acompañados por un amigo o un familiar a su cita. Las personas que no sean tutores autorizados NO pueden acompañar al paciente dentro de la sala de tratamiento, ni tienen acceso a la informacion dental del paciente, y no pueden aprobar el consentimiento para el tratamiento dental. Esto garantiza sus derechos y responsabilidades, ya que la parte responsable no se pasa inadvertidamente.

Si desea que un familiar o un amigo cercano tenga acceso a su informacion personal y dental incluyendo decisiones financieras, Debe completar el siguiente formulario antes que divulguemos informacion.

Asumimos nuestra responsabilidad con respeto a su salud bucal con el mayor respeto y nos esforzamos continuamente por mejorar nuestros servicios y comunicacion con toda su familia, gracias nuevamente, por confiar su cuidado bucal con nosotros.

Fecha:

Yo, paciente de PAYA DENTAL, doy autorización total para divulgar mi información personal, incluida la información de citas dentales, planes de tratamiento dental, discutir finanzas y realizar cambios en mi cuidado dental. Puedo contactarme en el siguiente número de teléfono:

1. , relationship/relacion:
2. , relationship/relacion:
3. , relationship/relacion: