

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____
(dejar en blanco si no está disponible)

Dirección: _____
Numero de la casa y calle Ciudad Estado código postal

correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____
casa trabajo teléfono móvil

Responsable de la cuenta:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____
(dejar en blanco si no está disponible)

Relación con el paciente: Madre Padre Guardián legal esposa esposo

Número de teléfono: _____
casa trabajo teléfono móvil

Dirección: _____
Numero de la casa y calle Ciudad Estado código postal

Información del Seguro:

Nombre del subescala: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: Madre Padre Guardián legal esposa esposo

Empleador: _____

Número de identificación de miembro: _____

Compañía de seguros: _____ Número de grupo: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de reclamaciones: _____

Citas perdidas y cancelaciones: Para poder brindar los mejores servicios a nuestros pacientes, requerimos al menos un aviso de 24 horas para cancelaciones o para volver a programar sus citas. Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas, que pueden resultar en la cancelación o falta de su cita. Se puede cobrar un cargo por múltiples citas perdidas, con poca antelación o canceladas. Múltiples citas fallidas pueden resultar en ser despedido de la práctica dental. Nos reservamos el derecho de cobrar por cancelaciones de citas o citas canceladas sin previo aviso de 24 horas. La tarifa por citas rotas es de \$ 50 por ocurrencia. La tarifa se puede eximir por circunstancias imprevistas a discreción de Precision Endodontics, LLC.

Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada es correcta o, según mi leal saber y entender, es verdadera.

X _____
Firma del paciente o tutor legal

Fecha

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL DE SALUD

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico: _____

¿Está actualmente bajo atención médica? ___ No ___ Sí

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o operación grave? ___ No ___ Sí

En caso afirmativo, describa: _____

¿Fuma? ___ No ___ Sí En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día: _____

¿Mastica tabaco? ___ No ___ Sí Si es así, ¿cuánto y con qué frecuencia?: _____

¿Usa drogas recreativas? ___ No ___ Sí ¿Con qué frecuencia bebe alcohol? _____

¿Toma antibióticos de forma rutinaria antes de una cita dental? ___ No ___ Sí, si es así, ¿por qué? _____

Uso de bisfosfonatos (medicamentos para la osteoporosis o cáncer) No ___ Sí _____

¿Ha tenido alguna reacción alérgica a:

Látex?	No ___	Sí _____
Anestésicos locales (como novocaína)	No ___	Sí _____
Penicilina u otros antibióticos?	No ___	Sí _____
Sulfa Drogas ?	No ___	Sí _____
Sedantes	No ___	Sí _____
Yodo?	No ___	Sí _____
Aspirina?	No ___	Sí _____

Otras alergias no listadas: _____

Enumere a continuación los medicamentos que toma actualmente, incluidas las vitaminas y los medicamentos de venta libre: (si tiene una lista disponible, podemos copiarla para usted).

1.	4.
2.	5.
3.	6.

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas? circule si ha tenido lo siguiente:

SIDA / VIH	enfermedad pulmonar	Presión arterial alta o baja	Ictericia	Antibiótico antes del trabajo dental
Problemas de espalda	Enfermedad de la sangre	Ataque al corazón	Carrera	Diabetes
Dependencia química	Dependiente del alcohol	Crecimientos anormales de cabeza o cuello	Epilepsia o convulsiones	Cáncer que tipo:
Quimioterapia	Desorden sanguíneo	Artritis	Reemplazo de la articulación	Sangrado excesivo
Fiebre de heno	Anemia	Mareo	Desmayos	Glaucoma
Asma	Lesión craneal	Enfermedad del corazón	Soplo cardíaco	Hepatitis
Enfermedad del riñon	Enfermedad del hígado	Marcapasos cardíaco	Tuberculosis activo o latente	Úlceras
Trastorno mental o nervioso	Tratamiento de radiación	Problemas respiratorios	Enfermedad venérea	Herpes o ampollas febriles

Cualquier condición médica no mencionada: _____

Solo mujeres, estás:

Embarazada? No ___ Sí _____ Si, sí, fecha de vencimiento: _____
 Amamantamiento? No ___ Sí _____
 Tomando píldoras anticonceptivas? No ___ Sí _____

POLÍTICAS FINANCIERAS

La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que le solicitamos que lea, acepte y firme antes del tratamiento. Tenga en cuenta: el pago se debe en el momento en que se proporciona el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Discover, American Express y CareCredit. Tenga en cuenta: se aplicarán tarifas adicionales para los cheques devueltos.

- El cargo por cheque devuelto es de \$ 35.
- Todos los saldos de cuentas de más de 90 días están sujetos a una tarifa de facturación de \$ 15.00.
- Las cuentas vencidas 90 días se enviarán a nuestra agencia de cobro.

-Como cortesía, le ayudaremos a procesar sus reclamaciones de seguro dental. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación de seguro; sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará según lo estimado. La cobertura del seguro está sujeta a limitaciones, exclusiones, períodos de espera, frecuencia, restricciones de edad, deducibles y máximos, que son su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros para obtener detalles de sus beneficios. El monto estimado dado es solo una estimación y no una garantía de pago de su seguro hasta que se procese la reclamación.

-Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de la cobertura de su seguro.

-Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales de cualquier compañía de seguros.

-El paciente / parte responsable acuerda pagar el deducible, el copago y el coseguro, que es el monto estimado no cubierto por su compañía de seguros, en efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Discover, American Express y CareCredit en el momento Los servicios se prestan y / o después de que el seguro finaliza cualquier reclamación presentada.

- Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudarlo a pagar la reclamación. Si lo consideramos necesario, presentaremos apelaciones a su seguro, pero no continuaremos presentándolas después de 90 días. Si el seguro niega el pago después de 3 solicitudes y una carta de apelación, los cargos serán su responsabilidad.

- Menores acompañados por el padre o tutor legal: El padre o tutor legal que acompaña al menor, que ha dado su consentimiento para el tratamiento, es la parte responsable del pago total al momento del servicio. Todos los menores deben estar acompañados por su tutor legal para cualquier tratamiento proporcionado por nuestra práctica.

Consentimiento: He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores. Autorizo a mi compañía de seguros, si la hubiera, a pagar mis beneficios dentales directamente a Precision Endodontics, LLC. Entiendo que la responsabilidad del pago de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o para mis dependientes es mía, debida y pagadera en el momento en que se prestan los servicios.

Firmado por el paciente / tutor

Fecha

Nombre del paciente / tutor IMPRESO

Aviso de consentimiento de prácticas de privacidad para el uso y divulgación de información de salud

Escriba el nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR LEA LAS DECLARACIONES SIGUIENTES CUIDADOSAMENTE.

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo actividades de pago de tratamiento y operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y atención médica, operaciones de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro aviso está disponible a pedido. Le recomendamos que lo lea detenidamente y por completo antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad; emitiremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Oficial de privacidad: Amanda Dickason, Gerente de la oficina
 Teléfono: (913) 346-3636 Fax: (913) 346-3636
 Dirección : 2541 S. 4th St., Leavenworth, KS 66048

Derecho de revocación: tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito de su revocación presentada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en virtud de este consentimiento antes de recibir su revocación y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

Firma: He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo actividades de pago de tratamiento y operaciones de atención médica. Tiene derecho a autorizar a otros a tener acceso a su información médica. Si no desea que se comparta información, no complete la tabla de información a continuación.

Nombre de la (s) persona (s) autorizada (s):

Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
1.		
2.		
3.		

X _____
Firma del paciente / tutor legal **Fecha**