

Bienvenido A DOC! Por Favor Díganos Sobre Usted.

Nombre Del Paciente - Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre de Preferencia: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

SSN: _____ - _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Empleo: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja Conviviente

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Radio Publicidad en video Recomendación de un amigo o familiar Sitio web de DOC Google

Empresa de seguros Al pasar por el consultorio/Al ver un cartel Otro: _____

Prefiere confirmar las citas a través del correo electrónico o por teléfono? Correo Electrónico Por Teléfono

Ha visitado alguna de nuestras otras oficinas en otro momento? Si No Donde? _____

Como podemos ayudarle hoy? _____

Está experimentando dolor dental? Si No Donde? _____

Responsable de la cuenta si no es el mismo/paciente:

Nombre de la persona responsable: _____ Relación del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Actualmente es un paciente en nuestra oficina? Si No

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa/celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Seguro:

Nombre de Suscriptor: _____ Relación del paciente: _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ Suscriptor SSN/ID: _____

Empleador del suscriptor: _____

Nombre de seguro: _____ Teléfono del seguro: _____

Autorización de Seguro:

Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a la oficina de Dentistry of the Carolinas y sus dentistas asociados. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que el costo total de los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. He recibido, leído, entiendo y acepto explicación de DOC y los beneficios del seguro. Además, al firmar estoy de acuerdo en recibir llamadas personal de DOC en el trabajo, en casa, o por el teléfono móvil para discutir asuntos relacionados con mi tratamiento dental, los seguros y los acuerdos financieros.

Firma del Paciente/Tuto Legal: _____

Autorización Para Tratamiento:

Doy mi consentimiento para el procedimiento ser necesario o conveniente del dentista.

Firma del Paciente/Tuto Legal: _____ Fecha: _____

HISTORIA DE SALUD

Office use only: Medical Alert Premedication Latex Allergy Drug Allergy Pregnant Date: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____ Masculino Femenino

SSN: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Numero: _____

Si usted está llenando este formulario para otra persona, ¿Cual es su relacion con esa persona? Nombre/Relacion: _____

A las siguientes preguntas, por favor marque (X) según corresponda. Sus respuestas son para nuestros archivos y se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes aplicables.

INFORMACIÓN DENTAL

La fecha de su último examen dental: _____		Sí	No	No Sé
Fecha de las últimas radiografías dentales: _____	¿Sus encías sangran cuando se cepilla los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que tratamiento se le hizo en ese momento?	¿Alguna vez ha recibido tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Son sus dientes sensible al frío, dulce, o caliente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo describiría el problema dental que tiene ahora?	¿Tiene dolor de oídos o dolor de cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido algun tratamiento periodontal (de encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo se siente acerca de la apariencia de sus dientes?	¿Usa aparatos removibles dentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido algun problema grave con algun tipo de tratamiento dental? <i>En caso afirmativo, explíquelo por favor:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?	Sí	No	No Sé	Está tomando o ha tomado recientemente ...	Sí	No	No Sé
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro medicamento, incluso los medicamentos que no son recetados? <i>En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente que dura más de una duracion de 3 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Tos que produce sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún anticoagulante (diluyente de la sangre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde sí a unas de las tres (3) preguntas abajo, por favor detengase y devuelva este formulario a la recepcionista.				<i>En caso afirmativo, ¿Cuáles?</i>			
¿Está usted en buena salud en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún medicamento intravenoso (para la osteoporosis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algun cambio en el estado general de salud en el ultimo año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitaminas, preparaciones naturales o hierbas o suplementos de dieta? <i>En caso afirmativo, ¿Cuáles?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
<i>En caso afirmativo, ¿Cuáles son las condiciones que se tratan?</i>				Algún medicamento para bajar de peso: Pondimin (fenfluramine), redux (dexphenfluramine) or phen-fen (combinacion de fenfluramine - phentermine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del ultimo examen fisico: _____				¿Toma usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico: _____				<i>En caso afirmativo, ¿Cuánto alcohol bebió en las ultimas 24 horas?</i>			
Número de teléfono del medico: _____				¿En la ultima semana? _____			
Dirección del médico: _____				¿Es usted adicto al alcohol y/o a las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>En caso afirmativo, ¿ha recibido tratamiento?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna cirugia o una enfermedad grave o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa drogas para su uso recreativo? <i>En caso afirmativo, indique:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿Cuál fue la enfermedad o problema?</i>				<i>Frecuencia de uso (diaria, semanal, etc.):</i> _____			
				<i>Numero de años que ha consumido drogas para su uso recreativo:</i> _____			
¿Usted usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted usa tabaco (fuma, mastica, en polvo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para escuchar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo,, ¿Estás interesado en parar?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(continúa en la página siguiente)

INFORMACIÓN MÉDICA (continuado)

Alguna vez ha tenido una reacción alérgica:

	Sí	No	No Sé
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina o otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos con sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína o otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida (especificar cuáles: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metales (especificar cuáles: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar cuáles: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguna pregunta era afirmativa, por favor especifique la reacción: _____

¿Ha tenido un reemplazo orthopedico total de articulaciones (cadera, rodilla, codo, o en el dedo)? Sí No No Sé
 En caso afirmativo, ¿Cuándo fue la operación? _____

Si usted contestó sí a la pregunta anterior, ¿ha tenido alguna complicación o dificultad con la prótesis? Sí No No Sé

Alguna vez le ha recomendado un doctor medico o dentista que tome antibioticos antes de cualquier tratamiento dental? Sí No No Sé

Nombre del medico o dentista: _____

Numero de teléfono: _____

Solo para las mujeres:

¿Está embarazada? ¿Cuantas semanas? _____ Sí No No Sé

¿Está lactando? Sí No No Sé

Toma pastillas anticonceptivas o de sustitución hormonal? Sí No No Sé

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

	Sí	No	No Sé
Anormal/sangre prolongada (Recuento de plaquetas: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección por VIH (Recuento de células CD4: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre. Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/quimioterapia/radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardiovasculares. Especifique a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angina			
<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis			
<input type="checkbox"/> Válvulas cardiacas artificiales			
<input type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón			
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva			
<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria			
<input type="checkbox"/> Las válvulas dañadas del corazón			
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón			
<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón			
<input type="checkbox"/> Alta presión			
<input type="checkbox"/> Baja presión			
<input type="checkbox"/> Prolapso valvular			
<input type="checkbox"/> Un marcapaso			
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática			
<input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas reumática del corazón			
Dolor/Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades, drogas, radiación inducida por inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La diabetes. Especifique a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tipo I (Insulino dependiente)			
<input type="checkbox"/> Tipo II			
Sequedad en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la alimentación: Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.E. Reflujo/Acidez persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

	Sí	No	No Sé
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones recurrentes. En caso afirmativo, indique el tipo de infección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñon/problema de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de salud mental (atención psiquiátrica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistencia de inflamación de los ganglios en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios. Especifique abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis			
Fuertes Dolores de cabeza o migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grave o rapida perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de transmission sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llagas o úlceras en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus eritematoso sistemático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado arriba y que cree que debemos saber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, por favor explique: _____			

NOTA: Tanto para el medico y el paciente se anima a discutir todo lo referente a la salud del paciente antes de cualquier tratamiento dental.

Yo certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, acerca de consultas de este formulario han sido contestadas a mi satisfacción. No voy a responsabilizar a mi dentista, o cualquier otro miembro del personal de la clínica, de cualquier acción que tome o no tome debido a errores o omisiones que he hecho en la realización de este formulario de historial médico.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

FOR COMPLETION BY DENTIST OR HYGIENIST

Comments concerning health history: _____

Significant findings: _____

Dental management considerations: _____

On a regular basis, the patient should be questioned about any medical changes. Dates and changes should be noted along with signatures.

Date: _____ Changes: _____ Signatures: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Entendemos que la información médica y dental es personal y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un registro del cuidado y servicios que recibe en nuestra oficina. Necesitamos este registro para brindarle atención dental de calidad y cumplir con ciertos legales. Este aviso le informara sobre la manera en que podemos usar y compartir su información protegida de salud (PHI).

Derechos Del Paciente: Usted tiene el derecho de solicitar una copia de sus registros de salud y solicitar el tipo de formato que desea (papel o electrónico). Si lo solicita por escrito que una copia de su expediente se enviara un tercero determinado los registros deben ser enviados como se indica en el momento oportuno.

Tenemos la Obligación legal de:

1. Mantener su información personal de salud privado.
2. Darle este aviso que describe nuestras obligaciones legales, las prácticas de privacidad y sus derechos respecto a su información médica.
3. Seguir los términos del aviso vigente.
4. Avisarle que tiene una revelación accidental de su información médica privada de una manera oportuna.

Nosotros Tenemos el Derecho de:

1. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean permitidos por la ley.

Notificación de Cambio de las Prácticas de Privacidad:

1. Antes de hacer un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y hacer que la nueva notificación esté disponible a petición.

USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION MÉDICA

A continuación se describen las diferentes maneras en que utilizamos y revelamos su información médica. No se incluirán todos los usos o revelación. Sin embargo, hemos hecho una lista de todas las diferentes formas en que se nos permite usar y revelar la información dental/médica. No vamos a utilizar o revelar su información para ningún propósito que no se indican a continuación sin su autorización expresa y por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted proporcione puede ser revocada en cualquier momento por escrito.

1. **Para tratamiento:** Podemos utilizar su PHI para proporcionarle tratamiento o servicios dentales. Podemos revelar información dental/médica a los proveedores de salud que puedan estar involucrados en su tratamiento.
2. **Para el pago:** Podemos utilizar y revelar su PHI para propósitos de pago. La factura puede ser enviada a usted, un tercer pagador o de una agencia de cobro. La información que acompaña la factura puede incluir su información dental/médica.
3. **Para Operaciones de Atención de Salud:** Podemos utilizar y revelar su PHI para nuestras operaciones de cuidado de salud, incluyendo evoluciones de calidad, evaluar el desempeño de los empleados y la realización de la formación.
4. Dentistry of the Carolinas no puede vender o utilizar su información de salud para la comercialización para los propósitos de recaudación de fondos sin autorización firmada.
5. Si usted paga por su tratamiento dental y pidió no revelar el procedimiento a su compañía de seguros que cumpliremos con su solicitud, siempre y cuando usted paga completo por el procedimiento de una manera oportuna.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento para su uso y revelación de mi información médica protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Nombre Del Paciente (Imprimir): _____

Relación con el paciente: _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____

Fecha: _____



Póliza del la Práctica

- Requerimos 24 horas previo aviso si usted no puede asistir a su cita. Nos reservamos el derecho a cobrarle una tarifa de cancelación y/o despedir de la práctica, si usted no cumple con esta póliza.
- Nosotros llamamos para confirmar nuestras citas, les pedimos a nuestros pacientes que confirmen la citas (por llamada telefónica de vuelta, correo electrónico o mensaje de texto) dentro de 24 horas después de recibir su notificación de confirmación. El incumplimiento de esta póliza significara que será programado como un paciente sin confirmar “de espera” y que puede o no puede ser visto si llega para su cita.
- Los beneficiarios de Medicaid son responsables de un copago de \$4.00 por visita al dentista. Los siguientes son exentos del copago \$4.00:
 1. Servicios para las personas menores de 21.
 2. Servicios prestados a Medicaid para mujeres embarazadas.
 3. Los servicios prestados en un departamento de emergencias de un hospital.
 4. Los servicios prestados a los residentes de hogares de ancianos instalaciones intermedia para retraso mental.
 5. Los servicios prestados a los participantes en un programa de Community Alternatives Program.
 6. Los servicios cubiertos por Medicare and Medicaid.
- Hay una cuota de \$30.00 para la transferencia o liberación de registros de pacientes; incluyendo radiografías.
- Los niños no pueden ser dejados solos en la sala de espera y no pueden acompañar a la salas de tratamiento / área. Por favor haga arreglos para el cuidado de sus niños antes de su citas o nos reservamos el derecho de reprogramar su cita.
- Solo los pacientes están permitidos en el área de tratamiento / habitaciones. Si el paciente es menor de edad, el padre o tutor legal se le permitirá acompañar al paciente a la sala de tratamiento, donde el médico tratante le explicara el diagnostico, el tratamiento previsto y los riesgos y beneficios del tratamiento. Cuando llegue el momento de tratamiento al paciente será a la discreción del dentista tratante si van a permitir que el padre o tutor legal permanezcan en la sala de tratamiento para el resto de la cita.
- Si el paciente es menor de 18 años los padres, tutor o asistente social de salud debe permanecer en la oficina durante el tratamiento o es un residente, el cuidado de una casa hogar instalaciones de vida asistida, hogares de ancianos, o cualquier otro tipo de cuidado.
- El uso del celular no está permitido en la sala de espera. Por favor, de un paso afuera para utilizar el teléfono celular.
- Alimentos y bebidas no están permitido en la sala de espera o consultorios.
- NO se permite fumar en el interior o dentro de los cincuenta (50) pies de la entrada principal. NO se permite armas de cualquier tipo (pistolas, cuchillos, etc.), oculta o disimulado no están permitidos dentro.
- Por favor sea considerado de los demás cuando hable. Se les pedirá a los pacientes que hablan en voz alta o usan lenguaje inapropiado que se vía.

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de prácticas anteriores.

Imprimir Nombre: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente/ Tutor Legal: _____



Seguros y Política Financiera

En **Dentistry of the Carolinas**, creemos que se merecen la mejor atención. Por eso siempre les presentamos la mejor solución dental posible para tratar su situación personal. Cada año proporcionamos atención dental excepcional a miles de pacientes. Mientras que algunos tienen beneficios dental, otros no. Si usted tiene beneficios dental, ¡felicidades! Usted es muy afortunado. Aquí hay algunas cosas importantes que usted debe saber:

Por favor Escriba sus Iniciales en la línea antes de cada declaración.

_____ ■ Sus beneficios dentales se basan en un contrato hecho entre el empleador y la compañía de seguros. **Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, por favor póngase en contacto con su empleador o el seguro directamente. Planes de beneficios dentales nunca van a pagar por la terminación de su cuidado dental. Solo está destinado a ayudarlo.**

_____ ■ Nosotros trabajamos con muchas compañías de seguros. Debemos ver su tarjeta de seguro en cada visita. Aunque podemos mantener historiales informatizados de pago por compañía dada, que lo hacen cambios; por lo tanto, es imposible obtener un presupuesto garantizado en el momento del servicio. Estimamos su parte sobre la base de información más actualizada que tenemos, pero **ES SOLO UN ESTIMADO**. Si desea saber los beneficios del seguro, estaremos encantados de presentar una “autorización de tratamiento previo” con su compañía de seguros antes del tratamiento. Por favor, tenga en cuenta que esto no es una garantía de cobertura. Esto hace que retrase el tratamiento, pero que le dará un costo más exacto de su bolsillo que puede ser requerido.

_____ ■ Le enviaremos la factura a su seguro como una cortesía. Si el seguro no paga en 60 días, el tratamiento supera sus beneficios máximos anuales, su compañía de seguro niega tratamiento, sus beneficios de seguro son menos de lo que se indica en su estimación, o si usted no puede terminar el tratamiento que resulta en falta de pago de su compañía de seguro, **Dentistry of the Carolinas** se reserva el derecho a solicitarle pago total por los servicios de usted y le permiten recolectar los fondos de seguros que se deben a usted. Es importante que reconozca que el seguro que usted tiene es un contrato legal entre usted y su compañía de seguro. Nuestra oficina no es, y no puede ser parte del contrato legal, en última instancia usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.

_____ ■ **Dentistry of the Carolinas** requiere pago completo de su parte a la hora de servicio, Aceptamos Mastercard, Visa, giro postales y efectivo. **No aceptamos cheques de ningún paciente.** Si recibe un cheque de su compañía de seguro por sus servicios dentales, es su responsabilidad de enviar este pago a la oficina. Si usted está en necesidad de una opción de financiación prolongada, nuestras oficinas trabajan con “CareCredit” que ofrece 3, 6, 12 o 18 meses “como dinero en efectivo” o plazos más largos con intereses bajos, diseñado para cumplir con su tratamiento de plan que necesita para el crédito aprobado.

_____ ■ Una cantidad específica de tiempo está reservado especialmente para usted y alentamos firmemente a todos los pacientes a mantener sus citas. Si tiene que cambiar su cita, requerimos preaviso mínimo de **24 horas** para evitar un cargo por cancelación de **\$55/hora** (emergencias son una excepción).

_____ ■ En caso de una emergencia después de las horas regulares **una cuota de \$100 de emergencia** se le cobrará por los pacientes establece, además de los honorarios de tratamiento necesarias. Los pacientes que no estén establecidos se le cobrará una tarifa de **\$250 después de horas de emergencia**, además de los gasto de tratamiento necesario.

Estoy de acuerdo con las condiciones anteriores.

Imprimir Nombre: _____

Fecha: _____

Firma Del Paciente/Tutor Legal: _____



Oficina corporativa: 5821 Fairview Rd, Suite 220, Charlotte, NC 28209 | 704-522-1550 | 704-522-1558 (FAX)

Política de citas incumplidas y perdidas

En Dentistry of the Carolinas, nuestros pacientes son nuestra prioridad y nos esforzamos para ofrecerles un servicio ideal de salud dental. Para cumplir con este objetivo, es imprescindible que podamos ofrecer nuestros servicios puntualmente. Asimismo, trabajamos para que todos nuestros servicios puedan ser lo más asequibles posible. Al concertar su cita, reservamos un consultorio exclusivo para usted, a fin de abordar todas sus necesidades de tratamiento. Si no puede asistir a su cita, y tampoco nos envía un aviso con anticipación, está realizando un cargo adicional al costo general de la atención de salud, dado que no se utilizan los consultorios dentales ni los servicios de los profesionales. Estas citas incumplidas también generan una pérdida de tiempo, que podría haber sido aprovechado para tratar a otros pacientes. Por ello le solicitamos que, si debe modificar una cita, nos lo notifique con al menos 24 horas de anticipación. De esta forma, podremos ofrecer el consultorio reservado a otro paciente que podría necesitarlo.

Debido a un aumento en la cantidad de citas incumplidas en nuestros consultorios, consideramos necesario implementar una política de cancelación de citas, vigente a partir del 13 de octubre de 2014.

Si desea continuar recibiendo servicios como paciente de DOC, debe aceptar las siguientes condiciones:

1. Confirme su cita. Si no responde a nuestra solicitud de confirmación enviando un mensaje de texto, llamando por teléfono o enviando un correo electrónico dentro de las 24 horas de su cita programada, entonces perderá su cita. Las citas perdidas se consideran como citas incumplidas. Asimismo, recuerde que **es su responsabilidad asegurarse de que contemos con su número de teléfono actualizado en su expediente.**
2. Llegue a tiempo. Si llega tarde, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita. Si debemos reprogramar su cita por llegar tarde, esta será considerada como una cita incumplida.
3. Cancele sus citas con 24 horas de anticipación. Si no cancela sus citas con suficiente antelación, no tendremos el tiempo necesario para contactar a otro paciente de nuestra lista de espera, quien podría beneficiarse al acceder antes a los servicios. Si cancela su cita el mismo día, esta se considerará como una cita incumplida.
4. Citas incumplidas y perdidas. Luego de tres citas incumplidas, los pacientes ya no podrán programar citas dentales con anticipación. En ese caso, los pacientes deberán llamar el mismo día en que desean acudir a la cita para determinar la disponibilidad. Los pacientes solo podrán recibir tratamiento si cuentan con suficiente disponibilidad.
5. Expulsión de DOC. Si un paciente solo puede acceder a una cita “el mismo día” y pierde la cita por llegar tarde o por incumplirla, entonces este paciente será expulsado y deberá solicitar tratamiento en otro consultorio dental.

He leído y comprendo todas las políticas mencionadas, y las respetaré para poder continuar siendo paciente de Dentistry of the Carolinas.

Paciente (nombre en letra de imprenta)

Fecha

Paciente/Padre/Tutor

(firma)



Formulario de Autorización de la Tarjeta de Crédito

Yo, _____, autorizo a Dentistry of the Carolinas hacer el cargo a mi tarjeta de crédito / o cuenta de Care Credit, la cantidad de _____ en _____ (fecha).

Nombre en la tarjeta de crédito: _____

Dirección de facturación: Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Información de tarjeta de crédito del cliente: _____

Tipo de tarjeta: Visa Mastercard Discover Care Credit

Últimos cuatro números en la tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____ Código CVV: _____

Autorización de pago:

Autorizo que mi tarjeta de crédito/débito sea cobrada de acuerdo a los términos establecidos arriba. Yo represento y garantizo que estoy autorizado para ejecutar esta autorización de pago para el propósito de implementar este (estos) pago(s). Yo indemnizo y libero a Dentistry of the Carolinas (John Walsh DDS PA), el banco y el negociante de cualquier responsabilidad, daño, pérdida o reclamo que resulte de todas las acciones autorizadas en esta forma y en los términos a partir de ahora.

Firma del dueño de la tarjeta: _____

Firma: _____