

## Smile Studio Associate of Doral



### INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecerle por referirle \_\_\_\_\_

### TELEFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (EMAIL) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, con quien podemos comunicarnos?

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE

Quién es responsable por esta cuenta?

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Cobertura Dental: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

Número De Grupo del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Número de Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

# HISTORIA MEDICA

Espanol

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. CIRCULAR LA RESPUESTA APROPIADA (DEJAR EN BLANCO SI NO ENTIENDE LA PREGUNTA):

- |    |    |    |  |       |  |  |
|----|----|----|--|-------|--|--|
| 1. | Si | No | Es buena su salud en general?  |       |  |  |
| 2. | Si | No | Ha habido algun cambio drastico en su salud ultimamente?             | _____ |  |  |
| 3. | Si | No | Ha sido hospitalizado/a ultimamente?                                 | _____ |  |  |
|    |    |    | Si su respuesta es SI diganos el porque                              | _____ |  |  |
| 4. | Si | No | Esta siendo tratado por un medico en este momento? Diganos el porque | _____ |  |  |
|    |    |    | Fecha de su ultimo tratamiento medico: _____                         |       | Fecha de su ultimo tratamiento dental: _____ |  |
| 5. | Si | No | Algun problema con su ultimo tratamiento dental?                     | _____ |  |  |
| 6. | Si | No | Tiene dolor?   |       |  |  |

## II. HA EXPERIMENTADO:

- |     |    |    |  |     |    |    |                         |
|-----|----|----|--|-----|----|----|-------------------------|
| 7.  | Si | No | Dolor de pecho (angina)?                           | 18. | Si | No | Mareos?                 |
| 8.  | Si | No | Tobillos inflamados?                               | 19. | Si | No | Sonidos en el oido?     |
| 9.  | Si | No | Problemas o dificultad al respirar?                | 20. | Si | No | Dolores de cabeza?      |
| 10. | Si | No | Reciente perdida de peso, fiebre, sudor frecuente? | 21. | Si | No | Desmayos?               |
| 11. | Si | No | Tos persistente, sangre al toser?                  | 22. | Si | No | Vista borrosa?          |
| 12. | Si | No | Problemas de sangre?                               | 23. | Si | No | Ataques epilepticos?    |
| 13. | Si | No | Problemas nasales?                                 | 24. | Si | No | Sed excesiva?           |
| 14. | Si | No | Dificultad al tragar/digerir?                      | 25. | Si | No | Muchas ganas de orinar? |
| 15. | Si | No | Diarrea?   | 26. | Si | No | Boca seca?              |
| 16. | Si | No | Vomitos frecuentes, nausea?                        | 27. | Si | No | Palidez?                |
| 17. | Si | No | Dificultad al orinar, sangre en la orina?          | 28. | Si | No | Dolores musculares?     |

## III. TIENE O HA TENIDO:

- |     |    |    |  |     |    |    |                           |
|-----|----|----|--|-----|----|----|---------------------------|
| 29. | Si | No | Dolor en el corazon?                                 | 40. | Si | No | VIH?                      |
| 30. | Si | No | Ataques cardiacos, problemas cardiacos?              | 41. | Si | No | Tumores, cancer?          |
| 31. | Si | No | Cateterismos?  | 42. | Si | No | Artritis, reumatismo?     |
| 32. | Si | No | Fiebre reumatica?                                    | 43. | Si | No | Enfermedad visual?        |
| 33. | Si | No | Problemas en arterias?                               | 44. | Si | No | Problemas en la piel?     |
| 34. | Si | No | Presion alta en la sangre?                           | 45. | Si | No | Anemia?                   |
| 35. | Si | No | Asma, TB, emphysema, problemas pulmonares?           | 46. | Si | No | Syphilis o Gonorrea       |
| 36. | Si | No | Hepatitis, otro pblema en el higado?                 | 47. | Si | No | Herpes?                   |
| 37. | Si | No | Problemas estomacales, ulceras?                      | 48. | Si | No | Problemas en los rinones? |
| 38. | Si | No | Alergias a: _____                                    | 49. | Si | No | Problemas de tiroides?    |
| 39. | Si | No | Historia familiar de diabetes, problemas de Corazon? | 50. | Si | No | Diabetes?                 |

## IV. TIENE O HA TENIDO:

- |     |    |    |                           |     |    |    |                          |
|-----|----|----|---------------------------|-----|----|----|--------------------------|
| 51. | Si | No | Tratamiento siquiatico?   | 56. | Si | No | Hospitalizacion?         |
| 52. | Si | No | Tratamiento de radiacion? | 57. | Si | No | Transfuciones de sangre? |
| 53. | Si | No | Chemoterapia?             | 58. | Si | No | Cirujias?                |
| 54. | Si | No | Valvula protetica?        | 59. | Si | No | Marcapasos?              |
| 55. | Si | No | Uniones artificiales?     | 60. | Si | No | Lentes de contacto?      |

## V. ESTA TOMANDO:

- |     |    |    |   |     |    |    |          |
|-----|----|----|---|-----|----|----|----------|
| 61. | Si | No | Drogas recreacionales?  | 63. | Si | No | Tabaco?  |
| 62. | Si | No | Drogas, medicamentos recetados recientemente?<br>(incluyendo Aspirina), remedios naturales? | 64. | Si | No | Alcohol? |

## VI. SOLO MUJERES:

- |     |    |    |   |     |    |    |                            |
|-----|----|----|---|-----|----|----|----------------------------|
| 65. | Si | No | Alguna posibilidad que se encuentre embarazada? | 66. | Si | No | Pastillas anticonceptivas? |
|-----|----|----|---|-----|----|----|----------------------------|

## VII. ALL PATIENTS:

- |     |    |    |  |
|-----|----|----|--|
| 67. | Si | No | Ha tenido o presenta alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente? |
|-----|----|----|--|

Si es asi, explique: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información de la salud sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información. Repáselo por favor cuidadosamente. La privacidad de su información de la salud es importante para nosotros.

## Nuestra Obligación Legal

Estamos requeridos por la ley federal y del estado aplicable mantener la privacidad de su información de la salud. También nos requieren darle este aviso sobre nuestras prácticas de la privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos referentes a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de la privacidad que se describen en este aviso mientras que está en efecto. Este aviso tomó efecto el 1 de enero de 2003, y permanecerá en efecto hasta que lo substituyamos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de la privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, con tal que tales cambios sean permitidos por ley aplicable. Reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de la privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información de la salud que mantengamos, incluyendo la información de la salud cual creamos o recibimos antes de que realizáremos los cambios. Antes de que realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de la privacidad, cambiaremos este aviso y haremos el aviso nuevo disponible a petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de la privacidad, o para las copias adicionales de este aviso, por favor este en contacto con nosotros usando la información enumerada en el extremo de este aviso. **Aplicaciones y Accesos de la información de la salud**

Utilizamos y divulgamos la información de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su información de la salud al médico o al otro abastecedor del cuidado médico que le proporciona el tratamiento.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de la salud para obtener el pago para los servicios que le proporcionamos.

**Operaciones del cuidado médico:** Podemos utilizar y divulgar su información de la salud con respecto a nuestras operaciones del cuidado médico. Las operaciones del cuidado médico incluyen evaluación de calidad, y mejoría de actividades, repasando la capacidad o las calificaciones de los profesionales del cuidado médico, del funcionamiento de evaluación del médico y del abastecedor, programas de entrenamiento que conducen, acreditación, certificación, licenciando o actividades credenciales.

**Su autorización:** Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico, usted puede darnos la autorización escrita de utilizar su información de la salud ó de divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla escribiéndola en cualquier momento. Su revocación no efectuará ningún uso o accesos permitidos por su autorización mientras que estaba en efecto. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no podemos utilizar o divulgar su información de la salud por ninguna razón excepto éstos descritos en este aviso.

**Para su familia y amigos:** Debemos divulgar su información de la salud a usted, según lo descrito en la sección de las derechos de los pacientes de este aviso. Podemos divulgar su información de la salud al miembro de la familia, al amigo o al otro personal del grado necesario para ayudarle con su cuidado médico o con el pago para su cuidado médico, pero solamente si usted conviene que podemos hacerlo.

**Personas implicadas en cuidado:** Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para notificar, o asistir la notificación (incluyendo identificar o localizar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsables de su cuidado, de su localización, su condición general, o muerte. Si usted está presente, después antes de uso o de acceso de su información de la salud, proveeremos de usted una oportunidad de oponerse a tales aplicaciones o accesos. En el acontecimiento sus circunstancias de la incapacidad o de la emergencia, divulgaremos la información de la salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que divulga solamente la información de la salud que es directamente relevante a la implicación de la persona en su cuidado médico. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con práctica común de hacer inferencias razonables de su mejor interés de permitir que una persona escoja prescripciones, fuentes médicas, radiografías, u otras formas similares de información de la salud.

**Servicios de Comercialización Relacionados con la Salud:** No utilizaremos su información de la salud para las comunicaciones de comercialización sin su autorización escrita.

**Requerido por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para apropiarnos de cuando la ley nos requería hacerlo.

**Abuso o Abandono:** Podemos divulgar su información de la salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima posible del abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos divulgar su información de la salud al grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud y a la seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos divulgar a las autoridades militares la información de la salud del personal armado de las fuerzas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar la información federal autorizada de la salud de los funcionarios requerida para el inteligencia legal, la contrainteligencia, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos divulgar al funcionario de la institución correccional o de la aplicación de ley que tiene custodia legal de la información protegida de la salud de internos o del paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de cita:** Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para proveer de usted recordatorios de la cita (tal como mensajes por correo de voz, postales, correo electrónico, o cartas).

# Smile Studio Associates Dentistry



## RECONOCIMIENTO O RECIBO DEL AVISO DE LA PRÁCTICA DE LA PRIVACIDAD

\*Usted puede rechazar en firmar este reconocimiento\*

Yo, \_\_\_\_\_ he revisado una copia de la privacidad práctica de esta oficina.

POR FAVOR DE IMPRIMIR NOMBRE.

---

FIRMA

---

FECHA

### PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procuramos obtener el reconocimiento escrito no podríamos ser obtenidos porque:

- Individuo rechazo a firmar
- Barreras de las comunicaciones prohibidas obteniendo el reconocimiento
- Una situación de emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otra (Por favor 'e especificar)

---

---

---

## POLIZA DE PAGOS

Con el fin de evitar cualquier confusión acerca de las políticas de pago de esta oficina o la utilización de su seguro dental, hemos reunido los siguientes esquemas para ayudar a responder a cualquier pregunta que pueda surgir. Si tiene otras preguntas, por favor no dude en hacerlas.

**POLITICAS DE PAGO:** En un esfuerzo por hacer más accesibles los servicios necesarios, se ha iniciado una política para fomentar el pago cuando se presten dichos servicios.

Este plan ayuda a reducir sus costos y nuestros gastos, sin disminuir de la calidad de nuestros servicios. **Nosotros no aceptamos ciertas tarjetas de crédito, y servicios de crédito (por favor, háganoslo saber con anticipación a efectos de transformación).**

**\* Tenemos un sistema de cuenta abierta de pago. El pago se realizará cuando se presten servicios.**

**\*LUEGO DE 60 DIAS DE NO HABER RECIBIDO PAGOS YA SEA DEL SEGURO O DEL PACIENTE, USTED ACEPTA PAGAR UN INTERES DEL 1.50% HASTA QUE EL MONTO SEA PAGO A SU TOTALIDAD.**

**\*LUEGO DE 90 DIAS, USTED ACEPTA QUE SMILE STUDIO TRANSFIERA SU CUENTA A UNA ENTIDAD FINANCIERA DE COLECCIONES Y USTED PAGARA LOS INTERESES Y COSTOS DE DICHA EMPRESA SIENDO ESTO PERMITIDO POR LA LEY FEDERAL.**

**PÓLIZA DE SEGURO:** Estamos encantados de aceptar su seguro dental y su compañía de seguros. Vamos a calcular una estimación de su porcentaje de pagos en cada visita, este pago se debe al tiempo que los servicios son prestados. Si una cuenta de seguros muestra un saldo vencido, el paciente debe asumir que el seguro de la empresa ha pagado su cuota y el saldo actual de vencimiento es la responsabilidad del paciente. Después de el pago del saldo si cree que su seguro ha hecho un error, estaremos encantados de proporcionar la información necesaria para que usted pueda ser reembolsado por su compañía de seguros. Cualquier cuestión relativa a la justificación de los pagos del seguro deben dirigirse a ya sea su empleador o compañía de seguros.

Por favor déjenos saber si podemos ser de alguna ayuda, estaremos encantados de ayudarle.

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## Smile Studio Associates Dentistry



### Poliza de Seguros

Nuestro personal está capacitado para ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener en relación con su cobertura de seguro y siempre haremos todo lo posible para ayudarle a maximizar sus beneficios.

0-30 Vamos a presentar su seguro dentro de 30 días a partir de su fecha de servicio.

30-60 Esperamos que el pago de su compañía de seguros dentro de 30-60 días.

60-90 Si su compañía de seguros no ha pagado su reclamo dentro de 90 días le agradecemos su cooperación al proporcionarle información de su seguro para que usted personalmente puede seguir con su reclamación de seguro.

Si los pagos se hacen directamente a usted por su compañía de seguros sobre los saldos pendientes de pago debe ser comunicada inmediatamente a nuestras oficinas para que su cuenta puede ser acreditado en consecuencia.

He leído, entendido y estar de acuerdo con las declaraciones anteriores. Entiendo que en última instancia, mi cuenta es mi responsabilidad.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

## Smile Studio Associates Dentistry



### Formulario de consentimiento

Autorizo a Smile Studio Dentistry a utilizar todos los medicamentos y procedimientos terapéuticos necesarios para completar mi tratamiento dental según sea necesario (después de los tratamientos han sido discutidos y aprobados por paciente). Entiendo que el tratamiento dental puede consistir en el uso de anestesia local para el desempeño de Endodoncia Tratamiento, cirugía de implantes, cirugía periodontal, extracciones, y carillas.

Además, certifico que mi plan de tratamiento, junto con los beneficios y los riesgos han sido explicados por completo a mí ya todas mis preguntas se han respondido adecuadamente.

Los pagos deben hacerse en el momento de prestar el servicio. Entiendo que los presupuestos son aproximados y pueden cambiar si hay alguna complicación imprevista, durante el tratamiento.

También entiendo que Studio Smile Associates Dentistry es participado continuamente en la educación continua »Cursos. Por lo tanto, mi tratamiento puede ser utilizado como un caso, durante la presentación Smile Studio Asociados de SM conferencias (después de que su caso ha sido discutido y aprobado por el paciente).

También permito el uso de mi tratamiento dental con fines de comercialización en forma de fotografías antes y después sonrío, sin la publicación de cualquier información personal, a menos que mi aprobación previa de los testimonios.

Studio Smile Associates Dentistry se ha comprometido a ofrecer a nuestros pacientes con la más alta calidad de servicios dentales. Sin embargo, el éxito de todo tratamiento también depende del cumplimiento del paciente con instrucciones post-operatorias y de la adherencia a los nombramientos de higiene oral, cada tres o seis meses.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_