

Aquí en McleanSmiles nos comprometemos a proporcionarle el mejor coche dental posible. No hacemos un plan de tratamiento basado en su seguro sino en su salud dental general.

Nombre del seguro:

Debido a los muchos cambios en las pólizas de seguro, ya no es una tarea fácil interpretar cada política individual.

Por lo tanto, es su responsabilidad conocer su cobertura individual. Si no lo hace, usted, el paciente, será responsable de todos los costos incurridos. Recuerde que su póliza de seguro se encuentra entre usted y su compañía de seguros, no entre la compañía de seguros y el dentista. Si por algún motivo el seguro no paga en un tiempo razonable, se esperará el pago del paciente. Lo más importante, estamos aquí para ayudarlo de cualquier manera que podamos, y esperamos satisfacer sus necesidades dentales.

Entiendo y acepto que independientemente de mi cobertura de seguro, en última instancia soy responsable del saldo en mi cuenta.

Firmar: _____

Fecha: _____

**Bienvenido a nuestra
práctica!**

MccleanSmiles


Fecha: _____

Nombre: _____

Por favor circule: F M Casado Soltero Divorciado Viudo

Fecha de nacimiento: _____ SS No

Dirección: _____

Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de su empleo

Número de teléfono de casa . _____

Número de teléfono del trabajo

Número de teléfono celular . _____

Nombre y número de teléfono de contacto de emergencia?

¿A quién podemos agradecerle por referirnos a nosotros?

Parte responsable: Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Información de la tarjeta de crédito: solicitamos que se archive una tarjeta de crédito para los copagos no pagados dentro de los 90 días. También podrá realizar los pagos telefónicos. No cargaremos su tarjeta de crédito sin previo aviso y su consentimiento. Autorizo a McleanSmiles a mantener mi firma archivada y cargar mi cuenta de tarjeta de crédito cuando sea necesario.

ALERGIAS O REACCION A:

Medicamento (s): _____ Látex: SÍ o NO

Otros): _____

PREMED REQUERIDO? SÍ o NO Motivo: _____

TOMANDO ANTICOAGULANTES (anticoagulantes)? SÍ o NO Motivo:

LISTA TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALMENTE UTILIZADOS (Prescripción, sin receta y Herbal)

FRECUENCIA DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTO

CONDICIONES MÉDICAS ANTERIORES Y ACTUALES (marque SOLO lo que corresponda)

¿Bajo cuidado médico?		¿Alta presión sanguínea?		Dolores de cabeza?
		BP: /		¿Glaucoma?
		Estómago:		¿Enfermedad de tiroides?
Hospitalización / Operaciones en los últimos 5 años?				Alcohol / Dependencia química?
		¿Reflujo? ¿Úlcera?		¿Enfermedad del riñón?
¿Heridas de cabeza / cuello / boca?		Articulaciones artificiales?		¿Diálisis?
Mujeres: ¿Actualmente embarazada?		Historia de trasplante de órganos?		¿Desorden alimenticio?
Mujeres: actualmente ¿Enfermería?		¿Carrera?		¿Diabetes? Tipo:
Mujeres: ¿anticonceptivos orales?		Problemas de sangrado		¿Revisado?
Problemas del corazón / enfermedad?		¿Hemofilia?		¿Hepatitis?
¿Fiebre reumática?		¿Anemia?		SIDA / VIH Positivo?
El uso anterior de Phenphen?		¿Leucemia?		¿Enfermedad venérea?
¿Soplo cardíaco?		¿Enfermedad pulmonar?		¿Desmayos / mareos?
Válvulas Mitral?		¿Enfisema?		Enfermedad inmunológica?
¿Cirugía de corazón?		¿Falta de aliento?		Fibromialgia?
Válvulas cardíacas artificiales		¿Asma?		¿Enfermedad autoinmune?
¿Marcapasos?		¿Apnea del sueño?		Artritis u otros trastornos articulares?
Desfibrilador permanente		¿Tuberculosis?		¿Parálisis cerebral?
¿Cáncer?		¿Tratamiento de radiación?		Enfermedad neurológica?

Médico: _____ Número de teléfono . _____

Fecha del último examen físico: _____ Año del último análisis de sangre: _____

Dentista anterior: _____ Número: _____ Última visita:

HISTORIA DENTAL (marque SOLO lo que corresponda)

Rellenos en los últimos 3 años?	¿Ha tenido ortodoncia (aparatos ortopédicos)?
¿Historial familiar de descomposición extensa?	¿Te hicieron una cirugía oral?
Si es niño, ¿la historia de la decadencia de la madre?	Cualquier lugar de implantes dentales?
Tx para la enfermedad periodontal (de las encías)	Tx para trastornos temporomandibulares?
Historia de la enfermedad periodontal?	Use parcial (es) o dentadura postiza (s)?
¿Boca seca / sed excesiva?	¿Dificultad para masticar?
¿Dientes sensibles? Caliente / Frío	Las capturas de comida entre los dientes?
¿Olores de boca / mal gusto?	Dientes / relleno se rompe con frecuencia?
Herpes labial / ampollas / lesiones orales	¿Hábitos de apretar o moler?
¿Consciente de cualquier hinchazón o bultos?	¿Mandíbula haciendo estallar, chasquear o chasquear?
Dolor, sangrado en las encías?	¿Tienes dolor en la mandíbula?
¿Diente flojo?	¿Estás nervioso por el trabajo dental?

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Los derechos se me otorgan según la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a Mclean Smiles a divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- **Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento)**
- **Obtener pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)**
- **Las operaciones sanitarias diarias de nuestra práctica**

También se me informó y se me dio el derecho de revisar y asegurar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo ponerme en contacto con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no se requiere que acepte estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con esta restricción. Puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier divulgación que ocurra antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectada.

POLÍTICA FINANCIERA

Nuestra misión es brindar la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de nuestra misión es hacer que el costo de la atención óptima sea tan fácil y manejable para nuestros pacientes como sea posible, ofreciendo opciones de pago como las siguientes;

- Pagar en completo

1. Efectivo, cheque o crédito (MC, Visa, Amex, Discover aceptado)

- Crédito de cuidado

1. Te permite pagar horas extras sin intereses

2. Convenientes, bajos planes de pago mensual

- Seguro dental

1. Como cortesía, le enviaremos directamente a las compañías de seguros un reembolso

2. Usted será responsable de todos los copagos, coseguros antes de la visita

Mclean Smiles cobra \$ 25 por los cheques devueltos.

PÉRDIDA DE LA POLÍTICA DE DESIGNACIÓN

No toleraremos cancelaciones frecuentes ni cambios constantes a corto plazo. Se realizará un cargo de \$ 50.00 por una cita cancelada sin notificación previa de 24 horas. Los pacientes que hayan reservado más de una hora y media de cita serán responsables del 50% de su copago al hacer su cita.

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____