

# ¡Bienvenido!

# PERFECT TEETH™

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Entréguenos un poco de información

## PROPIETARIO DE LA CUENTA/JEFE DE HOGAR

Sr.  Sra.  Srta.  Sra. /Srta. \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono \_\_\_\_\_ la célula \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de la licencia de conducir \_\_\_\_\_ O número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**MEDICAID ID #** \_\_\_\_\_

Sr.  Sra.  Srta.  Sra. /Srta. \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el propietario de la cuenta \_\_\_\_\_

¿Le gustaría obtener más información sobre las opciones de pago para su tratamiento dental?  Sí  No

## SEGURO DENTAL

Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de plan \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de identidad \_\_\_\_\_ Fecha efectiva \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Esta política cubre  Esposo/a  Hijos

## SOBRE SU FAMILIA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## OTRO SEGURO DENTAL

Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de plan \_\_\_\_\_ Número de grupo/política \_\_\_\_\_ Fecha efectiva \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Esta política cubre  Esposo/a  Hijos

Revisado el 1/17

# PERFECT TEETH™

## HISTORIAL DE SALUD

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **MEDICAID ID #** \_\_\_\_\_

Es importante que conozcamos su historial de salud. Muchos factores afectan directamente su salud. Revisaremos el cuestionario y lo discutiremos detalladamente con usted. La información que nos entrega es estrictamente confidencial y no se le entregará a nadie sin su permiso por escrito.

**Nombre del médico** \_\_\_\_\_ **Fecha del último examen médico** \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, notificar a** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

### Tiene o ha tenido:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Sí No  | Sí No   | Sí No   | Sí No  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al corazón                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos/desfibrilador                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas sinusales              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al sistema nervioso                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema/bronquitis crónica                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boca excesivamente seca          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión alta                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral/esclerosis múltiple/distrofia muscular | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada o podría estarlo |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión baja                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con la EPOC/problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está amamantando                 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes (marque una opción: Tipo 1 Tipo 2)               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis _____  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer's                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronquidos y/o apnea del sueño    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidados psiquiátricos                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras/problemas gastrointestinales                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CPAP/O2 en la noche              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus u otro trastorno del tejido conectivo               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades hepáticas                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de alcohol                   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusiones sanguíneas                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis (marque una opción: A B C D E)                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de drogas                    |
| Fecha _____  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/escarlatina                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de tabaco                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales                |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer/tumores malignos                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Déficit atencional               |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas osteomusculares                  |   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autismo                          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de circulación                   |   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/accidente cerebrovascular |   |   |  |

Explicación de lo anterior: \_\_\_\_\_

Medicamentos: Señale TODOS los medicamentos que está tomando (con y sin prescripción): \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias (latex, anestesia, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Está tomando o ha tomado drogas llamadas Bifosfonato, como Fosamax o Boniva, para tratar la osteoporosis?  Sí  No Explicación: \_\_\_\_\_

¿Ha sentido incomodidad o chasquidos en las articulaciones de la mandíbula y/o dolor de cabeza, cuello o espalda?  Sí  No Explicación: \_\_\_\_\_

¿Han tenido usted o alguien de su familia problemas con anestesia?  Sí  No Explicación: \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico actualmente?  Sí  No Explicación: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?  Sí  No Explicación: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### NOTAS DEL DENTISTA

### ACTUALIZACIONES AL HISTORIAL

Fechas	Por	Notas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# PERFECT TEETH™

## POLÍTICA DEL CONSULTORIO DENTAL

Los pagos de todos los honorarios y copagos no contratados deberán hacerse al momento de recibir el servicio.

**Contratos de seguro:** Si tenemos un “Contrato Participativo” con su compañía de seguros, aceptaremos la asignación a todos los servicios cubiertos y su cuenta se la facturaremos a su compañía de seguros. Usted debe responder por el copago, coseguro y deducible y por todos los servicios no cubiertos.

Los planes de seguro representan un contrato entre usted y la compañía de seguros. Estos contratos no se celebran entre el médico y la compañía de seguros. Nos esforzaremos al máximo por ayudarlo a lograr los beneficios, pero no podemos hacernos responsables si la compañía de seguros no paga. Además, si un miembro de nuestro personal le informa que está totalmente cubierto o le insinúa que no deberá nada, usted debe comunicarse con su compañía de seguros para comprobar la veracidad de sus dichos. Por lo tanto, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de que su compañía de seguros efectúe el pago puntual y de hacer frente a cualquier desacuerdo que pueda surgir.

En la eventualidad de que su seguro no esté vigente en la fecha en que se entregan los servicios dentales, usted deberá responder por el pago del saldo total debido, basándose en los honorarios habituales y acostumbrados. Se agregará un cobro financiero con una Tasa de interés anual del 18% (1,5% mensual) al saldo total de todas las cuentas que hayan vencido hace más de 60 días.

Un financiamiento de terceros puede estar disponible para aquellos pacientes que necesitan un tratamiento prolongado.

**Si tiene dudas en relación con un tratamiento, los honorarios o servicios, por favor no dude en comentarlos con nosotros lo antes posible y con toda franqueza. Nos esforzaremos al máximo por evitar malos entendidos, rectificar una injusticia o conservar una amistad.**

**Inasistencia a citas:** Nuestra política es cobrar por las citas a las que no asisten los pacientes, a menos que se reciba una anulación de ésta con al menos 24 horas de antelación. **El monto del cobro será de \$50 por cada hora de tiempo programado.**

**Niños en el consultorio dental:** Se ruega encarecidamente tomar todas las precauciones del caso cuando deba asistir al consultorio con sus hijos que no tengan un programa de tratamiento. Ellos no deben quedar solos en la sala de espera del consultorio. Todos los niños menores de 17 años con un programa de tratamiento deben asistir a la cita en el consultorio acompañados por uno de sus padres o un tutor legal.

**Teléfonos celulares/buscapersonas (bip):** Solicitamos que los teléfonos celulares o buscapersonas (bip) se apaguen o se dejen en modo de silencio durante su cita.

**Familia/Amigos:** Se permitirá que los familiares acompañen a los pacientes en el área de tratamiento durante la cita. Si un paciente tiene necesidades específicas, puede tomar las precauciones del caso con la gerencia del consultorio dental antes de la cita.

Nos reservamos el derecho de pedirle a un paciente que abandone el consultorio si tiene citas perdidas excesivas o un comportamiento indebido o habla por teléfono.

Por el presente documento declaro que debo responder por todos los cobros correspondientes al tratamiento que aplicó Perfect Teeth tal como se describe anteriormente y que si mi cuenta se envía a una agencia cobradora debido al no pago, deberé responder por todos los costos correspondientes al cobro, incluidos las costas judiciales y honorarios de abogado asociados.

Declaro que he leído las políticas y que estoy de acuerdo con los términos que se describen anteriormente.

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Nombre en letras de imprenta: \_\_\_\_\_

MEDICAID ID # \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# PERFECT TEETH™

## Consentimiento del paciente para uso y divulgación de la Información de salud protegida

Con mi consentimiento, personal designado de Perfect Teeth puede usar y divulgar Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) acerca de mi persona para realizar Operaciones de tratamiento, pago y atención de salud (TPO, por sus siglas en inglés). Esto puede incluir el uso de llamadas telefónicas, cartas, correos electrónicos, faxes y mensajes de texto. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Perfect Teeth para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Comprendo absolutamente que tengo el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Perfect Teeth se reserva el derecho de actualizar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Funcionario de cumplimiento/seguridad de HIPAA de Perfect Teeth designado a Birner Dental Management Services, Inc., 1777 S. Harrison St. Suite 1400, Denver, CO 80210.

Con mi consentimiento, el personal de Perfect Teeth puede enviar por correo a mi hogar o a otra ubicación especificada cualquier elemento que ayude a Perfect Teeth a realizar las Operaciones de tratamiento, pago y atención de salud (TPO), tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando se marquen como "Personal y Confidencial".

Cuando mi información se divulgue de acuerdo con esta autorización, es posible que esté sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor que está fuera de control de Perfect Teeth. Si no firmo este consentimiento, Perfect Teeth puede rehusarse a proporcionarme tratamiento, a enviar solicitudes de cobertura de seguro en mi nombre o a proporcionar Información de salud protegida a las fuentes necesarias fuera de la organización Perfect Teeth.

Tengo derecho a anular esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Perfect Teeth ya haya realizado divulgaciones en virtud de mi consentimiento anterior. Mi anulación por escrito se debe enviar al Funcionario designado de cumplimiento/seguridad de HIPAA de Perfect Teeth a Birner Dental Management Services, Inc., 1777 S. Harrison St. Suite 1400, Denver, CO 80210 para que sea legalmente válida y/o vinculante.

**Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Perfect Teeth use y divulgue mi PHI para llevar a cabo Operaciones de tratamiento, pago y atención de salud.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MEDICAID ID #** \_\_\_\_\_

REV 1/17

# PERFECT TEETH™

## Autorización del paciente para que la unidad médica divulgue Información de salud protegida a terceros

Al firmar esta autorización, autorizo al personal de Perfect Teeth a usar y/o divulgar cierta **Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)** acerca de mi persona o que las partes necesiten para completar **Operaciones de tratamiento, pago y atención de salud (TPO, por sus siglas en inglés)**.

Esta autorización permite a Perfect Teeth usar o divulgar la **Información de salud identificable individualmente (IIHI, por sus siglas en inglés)** mínima necesaria para completar mis TPO. Esta autorización incluye toda la IIHI y PHI, a menos que se restrinja según se define a continuación.

**Autorizo a Perfect Teeth a compartir mi Información de salud protegida (PHI) con:**

- Cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_
- Padres: \_\_\_\_\_
- Hermano(a)/otro: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Bajo ninguna circunstancia mi PHI se compartirá con:** \_\_\_\_\_

**Autorizo a Perfect Teeth a enviar por correo electrónico mi PHI a:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Comprendo que es posible que este mensaje ya no esté cifrado una vez que deje la red segura de Perfect Teeth.

**Autorizo a Perfect Teeth a dejarme un mensaje de correo de voz en:** \_\_\_\_\_

- Detallado (información sobre el tratamiento y de seguimiento, hora de la cita, etc.)
- General (sin información detallada)

Cuando mi información se divulgue de acuerdo con esta autorización, es posible que esté sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida por la Ley Federal de Privacidad HIPAA. Tengo derecho a anular esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Perfect Teeth haya actuado en virtud de esta autorización. Mi anulación por escrito se debe enviar al Funcionario designado de cumplimiento/seguridad de HIPAA de Perfect Teeth a Birner Dental Management Services, Inc., 1777 S. Harrison St. Suite 1400, Denver, CO 80210 para que sea legalmente válida y/o vinculante.

**Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que se anule por escrito.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Medicaid ID # \_\_\_\_\_

# DIENTES PERFECTOS

¡AYÚDENOS A CONOCERLO MEJOR!

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Al responder las siguientes preguntas, nos ayudará a satisfacer sus necesidades de mejor forma.*

¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_

¿Por qué se cambió de dentista? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? Sí/No. Motivo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se realizó una limpieza dental por última vez? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró sobre nosotros? \_\_\_\_\_

Califique su sonrisa:   

¿ Sí  No  Evita cepillarse alguna parte de la boca?

¿ Sí  No  Sus encías sangran cuando se cepilla?

¿ Sí  No  Le gustaría sacarse y reemplazar alguna tapadura de mercurio/plata/amalgama?

¿ Sí  No  Son sus dientes sensibles a los dulces, al calor/frío o a la presión al morder?

¿ Sí  No  Le faltan dientes?

\*¿ Sí  No  Le interesaría reemplazar alguno de los dientes que le faltan?

¿ Sí  No  Le interesaría conocer sobre soluciones para mejorar su aliento?

¿ Sí  No  Lo ponen nervioso los tratamientos dentales?

¿ Sí  No  Le gustaría tener dientes más blancos?

\*¿ Sí  No  Le gustaría tener dientes menos chuecos?

\*¿ Sí  No  Le gustaría cerrar los espacios entre sus dientes?

¿ Sí  No  Le gustaría reparar sus dientes picados?

¿ Sí  No  Se extrajo las muelas del juicio?

¿ Sí  No  Tiene hábitos como morderse las uñas, morder los lápices o morderse los labios?

¿ Sí  No  Tiene hábitos como chuparse el pulgar o respirar por la boca?

¿ Sí  No  Rechina los dientes o aprieta mucho la mandíbula?

¿Cuál es tu mayor preocupación dental hoy? \_\_\_\_\_

Finalmente, si tuviera una varita mágica, ¿cómo le gustaría que lucieran sus dientes? \_\_\_\_\_

**\*Derivación directa al especialista.**