

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____			Fecha: _____	
<small>Apellido</small>	<small>Nombre</small>	<small>Inicial o Apodo</small>		
Sexo: _____	Estado Civil: _____	Correo Electrónico: _____		
# de Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: _____			
Teléfono (casa): _____	(trabajo): _____	ext: _____	Mejor hora para llamar: _____	
Horas preferidas para citas: <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> cualquier hora Dias: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mie <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> S				
Dirección : _____				
<small>Calle</small>	<small># Apartament</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Código Postal</small>
Contacto de Emergencia: _____			Teléfono: _____	
<small>Nombre</small>	<small>Relacion al Paciente</small>			

Información de Salud

Fecha de la última visita al dentista: _____ Razón de esta visita: _____

Ha tenido o tiene usted alguna de las siguientes enfermedades? Marque las que le apliquen:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos o Latex, otros: _____ | <input type="checkbox"/> Crecimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedades Nerviosas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre |
| | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Infartos | <input type="checkbox"/> Problemas de Cuagulación |
| | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo Término: _____ | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Radiación | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Soplo | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Alergia a Codeína |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Hepatitis tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Alergia a Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Mareos o Desmayos | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Alergia a Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Migrañas o Dolores de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco | <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol | | |

•Ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental? Sí No
 Si contesta en la afirmativa, por favor explique: _____

•Ha sido admitido a un hospital o necesitado tratamientos de emergencia durante los últimos 2 años? Sí No
 Si contesta en la afirmativa, por favor explique: _____

•Está bajo tratamiento medico? Sí No
 Si contesta en la afirmativa, por favor explique: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Conforme mi mayor conocimiento, todas las contestaciones e información provista son ciertas y correctas. Si en algún momento hubiese algún cambio en mi salud, se lo informaré al doctor en mi próxima cita médica sin falta.

Firma del paciente, padre o tutor Fecha: _____

Información de Referido

A quien debemos agradecer su referido a nuestra oficina? Otro paciente, amigo Otro paciente, familia

Oficina Dental Internet Periódico Escuela Trabajo Otro _____

Nombre de la persona u oficina dental que le refirió a nuestra oficina: _____

JORGE O. CORDOVA INC.

PÓLIZA FINANCIERA

¡Gracias por elegirnos para proporcionar su tratamiento dental! El siguiente es un mensaje sobre nuestra póliza financiera. Si tiene alguna duda sobre el contenido de este documento favor de preguntarle a algún miembro de nuestro personal.

SEGURO DENTAL: Participamos de los siguientes seguros dentales: Cigna PPO, Delta Dental (Premier or POS), Guardian PPO, Tricare, United Concordia, DH (AETNA PPO), Dentemax, Connection Dental (GEHA), Mavarest Dental, Anthem PPO 100/200/300, Ameritas PPO (Principal), Solstice, y MetLife PDP. A pesar estimar sus beneficios, no nos hacemos responsables por su exactitud. El conocimiento de los beneficios del seguro dental es SU responsabilidad. Recibir nuestros servicios es indicación de su aceptación de la responsabilidad por pagar, independientemente de nuestro estimado. Cuotas por servicios no-cubiertos por su plan, deducibles y co-pagos son debidos al momento de tratamiento. Para pacientes sin seguro dental, pago completo es requerido al momento de tratamiento.

POLIZA DE PAGO: Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débitos, la mayoría de tarjetas de crédito y CareCredit. Un recargo de \$30.00 será impuesto por cada cheque devuelto.

PACIENTES MENORES: El padre o guardián legal acompañando a un menor es responsable por el pago completo del tratamiento. En el caso de un divorcio o separación, el padre acompañando el niño/a es responsable por los pagos, sin EXCEPCIÓN.

COBROS: En el evento de que mi cuenta ser referida a una agencia de cobros, entiendo que soy responsable por un cargo de cobro de 30%, más el balance de mi cuenta. Entendemos que problemas financieros temporeros pueden afectar la puntualidad de sus pagos. Le exhortamos comunicarse con nuestra oficina de inmediato para así poder asistirle con su cuenta.

CITAS PERDIDAS: Citas perdidas impiden a otros pacientes de recibir el cuidado dental que merecen y el tiempo que necesitan. Un recargo de \$50.00 será impuesto por perder una cita sin cancelar y por todas citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación. Nos reservamos el derecho de terminar toda relación de cuidado profesional con un paciente que consistentemente pierde sus citas.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION: Yo autorizo mi tratamiento dental y/o el tratamiento dental de mi hijo/hija menor de edad y acuerdo a pagar todos los cargos del mismo. He leído y entiendo este documento en su totalidad y por la presente, acuerdo a las pólizas detalladas en este documento previsto por Jorge O. Cordova Inc. / JC Dental.

Yo autorizo que cargue los pagos a mi tarjeta de crédito listada al seguir:

Amex/Discover/MC/Visa Number _____ Exp. _____

Completada por:

Nombre: _____ Es usted legalment responsable por este menor? Si/No

Firma: _____ Fecha: _____

JORGE O. CORDOVA INC.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL

Yo, _____, autorizo a los doctores y su equipo dental a realizar una examinación oral, una prophylaxis (limpieza) dental y una aplicación rutinaria tópica de fluoruro (de ser necesaria). Radiografías dentales pueden ser necesarias, de acuerdo con las directrices establecidas por la Asociación Americana Dental) para completar el diagnóstico de la condición oral. De ser necesario un plan de tratamiento, yo autorizo a los doctores a escoger y emplear las técnicas y asistencia que consideren necesarias durante el tratamiento. Yo entiendo que yo tengo el derecho a ser previsto con respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso de la diagnosis y tratamiento.

Entiendo que estoy libre a revocar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento, y que este consentimiento será efectivo hasta que yo disponga terminarlo.

La naturaleza y los riesgos de los procedimientos han sido explicados por entero y yo los entiendo. Yo reconozco que la practica de odontología no es una ciencia exacta y que no me han hecho garantías referente a los resultados de dichos procedimientos

Nombre: _____ Es usted legalmente responsable por este menor? Si/No

Firma: _____ Fecha: _____

JORGE O. CORDOVA INC.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA)

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da consentimiento al uso y divulgación de su información de salud para el propósito de realizar tratamientos, opciones de pago y otras operaciones relacionadas al cuidado de su salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Practicas de Privacidad antes de decidir si firmar este formulario. El Aviso explica el grado hasta donde es permitido utilizar su información. Le exhortamos a que lea ese documento cuidadosamente antes de firmar este formulario.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad según descritas en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. De ocurrir algún cambio, a usted se le proveerá con una copia del documento nuevo. Esos cambios pueden aplicar a cualquier tipo de información que mantengamos en nuestros archivos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier tiempo por contactarse a la oficina al (973) 627-2121, por correo electrónico al receptionjcdental@yahoo.com, o por fax a (973)-627-2088. Solicitudes por correo pueden ser enviadas a: Jorge O. Cordova, Inc, P.O. Box 318, Rockaway, NJ, 07866.

Derecho de Anulacion: Usted tiene el derecho de anular este Consentimiento en cualquier momento siempre y cuando seamos notificados por escrito. Entiéndase que esta anulación no afectara cualquier tipo de acción tomada antes de recibir esta notificación de anulación y que reservamos el derecho de negar el proveerle tratamiento basado en este consentimiento, por no firmar este consentimiento o al momento de firmar la anulación de este consentimiento.

Firma

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de Practicas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, le doy consentimiento a su oficina a utilizar y divulgar mi información de salud según las especificaciones del Aviso de Practicas de Privacidad.

Firma: _____ Date: _____

Si este consentimiento ha de ser firmado por un representante personal del parte del paciente, por favor de completar lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación al Paciente: _____