

A New Smile Dental Group

Bienvenido a nuestra Práctica

A quién debemos agradecer por recomendarle nuestros servicios?

- www.anewsmiledental.com       Yelp       Google  
 Tarjeta de referencia       Walk-in/Drive-by       Otros

Si marcó "otros", por favor indique el nombre de la persona, oficina u otra fuente que le recomendó visitar nuestra oficina.

Chart #

Solo para uso de la oficina

Nombre del Paciente      
Apellido    Nombre    MI    Nombre Preferido

Título  Género  Masculino  Femenino

Estado civil  Casado  Soltero  Menor de edad  Otro

Fecha de nacimiento  SS#  Visita previa

Correo Electrónico  Mejor hora para llamarle

Teléfono       
Casa    Trabajo    Ext.    Móvil    Fax

Dirección

Ciudad    Estado    Código Postal

Lo siguiente es para:  El paciente  La persona responsable del pago

Nombre del Empleador  Teléfono

Dirección

Ciudad    Estado    Código Postal

En caso de emergencia a quien debemos notificar? Por favor escriba nombre y teléfono:

### Información de la Persona Responsable

Esto solo necesita llenarse si el suscriptor de la aseguranza no es el paciente, o si el paciente es menor de 18 años.

Lo siguiente es para  El cónyuge del paciente  La persona responsable del pago  Ninguno/no aplica

Nombre      
Apellido Nombre MI Nombre Preferido

Título  Género  Masculino  Femenino

Estado civil  Casado  Soltero  Menor de edad  Otro

Fecha de nacimiento  SS#  Visita previa

Correo Electrónico  Mejor hora para llamarle

Teléfono       
Casa Trabajo Ext. Móvil Fax

Dirección   
  
Ciudad Estado Código Postal

Lo siguiente es para:  El paciente  La persona responsable del pago

Nombre del Empleador  Teléfono

Dirección   
  
Ciudad Estado Código Postal

Asegurancia Dental Primaria

Nombre del Asegurado     
Apellido Nombre MI

Relación del paciente con el asegurado  El mismo  Cónyuge  Menor de edad  Otro

Nombre de Plan de Seguros

ID del suscriptor del seguro, fecha de nacimiento y número del Grupo de Seguros

Nombre del Asegurado     
Apellido Nombre MI

Relación del paciente con el asegurado  El mismo  Cónyuge  Menor de edad  Otro

Nombre de su Plan de Seguros

Tiene asegurancia dental adicional?

Si  No

Tiene asegurancia médica?

Si  No

Si respondió "si", que tipo de asegurancia tiene?

## Tratamiento Dental

Visitas iniciales/subsecuentes.

Entiendo que lo siguiente será realizado en mi visita inicial y visitas subsecuentes:

- Serie radiográfica completa, fotografías intra-orales, radiografía panorámica y/o impresiones de diagnóstico.
- Examen completo, detección de cáncer oral, gráfica periodontal.
- Discusión de tratamiento, opciones alternativas de tratamiento, pros y contras de varios tratamientos, profilaxis.

Drogas y Medicamentos.

Entiendo que puedo recibir anestesia local y/o algún otro medicamento. En raras ocasiones los pacientes pueden presentar una reacción al anestésico, la cual puede requerir atención médica de emergencia o darse cuenta de que reduce su habilidad de controlar la deglución. Esto aumenta la probabilidad de deglutir (tragar) objetos extraños durante el tratamiento. Dependiendo de la anestesia y medicamentos administrados, podría necesitar un conductor designado para llevarme a casa. Rara vez, un daño neural temporal o permanente, puede resultar de una inyección. Entiendo que **todos los medicamentos tienen el potencial de acompañar riesgos, efectos secundarios e interacciones con otras drogas.**

Cambios en el Plan de Tratamiento.

Entiendo que durante el tratamiento, **podría** ser necesario cambiar, agregar o eliminar procedimientos, debido a que el proceso patológico/enfermedad pudo no haber sido detectado durante el examen oral inicial. Un ejemplo sería, caries que se encuentra más cerca del nervio que lo observado en la radiografía inicial o caries sub-gingival encontrada durante la limpieza profesional. Doy mi autorización al dentista de realizar cualquier/todos los cambios y adiciones como sean necesarios.

Retrasos en el tratamiento debidos a mis repetidas cancelaciones o citas perdidas, pueden conducir a cambios en la cavidad oral durante este tiempo, causando modificaciones en el plan de tratamiento. En estos casos, soy responsable de todos los cargos correspondientes.

Solo Mujeres.

Esto es para certificar, en el mejor conocimiento que **no estoy embarazada** y autorizo se me realicen exámenes radiográficos de diagnóstico. He sido informada que **los exámenes radiográficos pueden ser peligrosos para un feto** y que informare al personal, en una cita posterior si hay alguna posibilidad de estar embarazada.

**Los antibióticos pueden interferir con la efectividad de los anticonceptivos orales (pastillas de control de natalidad).** Por lo tanto, entiendo que necesitare utilizar alguna forma adicional de control de natalidad (además de las pastillas anticonceptivas) por un ciclo completo, después de completar un tratamiento con antibióticos.

Firmando de manera electrónica indico que he leído, comprendido completamente y acepto todas las declaraciones anteriores, en el formulario de consentimiento de "Tratamiento Dental".

## Historia Médica

Solo mujeres: Está embarazada?

Si  No

Si respondió "si", cuándo es su fecha de parto?

Está amamantando?

Si  No

Está tomando anti-conceptivos?

Si  No

Indique cuál de las siguientes condiciones tiene o tuvo. Al marcar un recuadro responde "Si", si lo deja en blanco indicará "no".

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo             | <input type="checkbox"/> Anafilaxia                           | <input type="checkbox"/> Anemia                |
| <input type="checkbox"/> Artritis                      | <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificial (Prótesis) | <input type="checkbox"/> Asma                  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos         | <input type="checkbox"/> Cáncer                               | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Mareos                        | <input type="checkbox"/> Enfisema                             | <input type="checkbox"/> Epilepsia             |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia                    | <input type="checkbox"/> Desmayos                             | <input type="checkbox"/> Glaucoma              |
| <input type="checkbox"/> Crecimientos anormales        | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca   |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco                | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardiaca        | <input type="checkbox"/> Hepatitis             |
| <input type="checkbox"/> Herpes                        | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea               | <input type="checkbox"/> Ictericia             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática                  | <input type="checkbox"/> Desordenes mentales   |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Desordenes Nerviosos                 | <input type="checkbox"/> Marcapasos            |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento con Radiación     | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios              | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática      |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo                    | <input type="checkbox"/> Sinusitis                            | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                         | <input type="checkbox"/> Tumores               |
| <input type="checkbox"/> Ulcera/Colitis                | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas                |  |

Si alguna de las condiciones que seleccionó arriba, necesitan ser aclaradas, por favor descríbalos a continuación:

Por favor marque cualquier recuadro para indicar "si" en respuesta a las preguntas:

- Está tenido alguna vez complicaciones siguiendo un tratamiento dental.
- Está actualmente bajo el cuidado de un médico debido a alguna condición?
- Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años debido a alguna cirugía o enfermedad?
- Usa tabaco (fumado o masticado)?

Alergias a medicamentos:

- Alergia a la penicilina
- Alergia al látex
- Alergia a la codeína
- Alergia a las Sulfas

Toma actualmente cualquier medicamento **con o sin** prescripción?

- Si
- No

Si respondió si, por favor explique.

Nombre de su médico y su examen físico más reciente.

Describa cualquier tratamiento médico actual, cirugía pendiente u otro tratamiento que posiblemente pueda afectar su tratamiento dental.

Al marcar este recuadro, reconozco que he revisado TODAS las preguntas/alertas en este cuestionario y he respondido de acuerdo a las mismas. No hay otras condiciones médicas o alergias medicamentosas que no haya mencionado. Estoy consciente de que debo notificar a esta oficina si hay alguna posterior.

## Información Dental

Cuál es la razón para su consulta dental hoy?

Nombre de su Dentista anterior y por cuánto tiempo ha sido su paciente?

Fecha de su examen dental más reciente.

Fecha de sus radiografías más recientes.

Veo a mi dentista rutinariamente cada:

3 meses    4 meses    6 meses    12 meses    No de rutina

Con qué frecuencia cepilla sus dientes?

3 (+) al día.    Dos veces al día    Una vez al día    Semanalmente    Rara vez

Si alguno de los recuadros que marcó necesita explicación más detallada, por favor descríballo.

Por favor marque cualquiera de los siguientes recuadros para indicar "si" en respuesta a la pregunta:

- Sus encías sangran cuando se cepilla o usa hilo dental?
- Alguno de sus dientes le está causando dolor actualmente?
- Tiene sensibilidad dental con temperaturas frías o calientes?
- Retiene alimentos entre sus dientes?
- Alguno de sus dientes tiene movilidad, o está preocupado por perder alguno de sus dientes?
- Rechina o aprieta sus dientes (ya sea conscientemente o mientras duerme)?
- Su mandíbula truena o se traba?
- Consideraría utilizar aparatos (guarda día/nocturno) para eliminar rechinamiento?
- Usted o su esposo (a) ronca?
- Usted o su pareja tiene dificultades para respirar durante la noche?
- Le gustaría obtener más información sobre apnea del sueño y aparatos?
- Utiliza actualmente dentaduras parciales o removibles que estén desajustados?
- Le falta algún diente y le gustaría reemplazar lo?
- Tiene algún alambre dental o áreas en las cuales se le dificulte usar hilo dental, que le gustaría que atendamos?
- Tiene amalgamas o resinas de otro color, que le gustaría reemplazar por otras del color natural de su diente?
- Le gustaría tener mejor aliento?
- Le gustaría tener dientes mas blancos?
- Le gustaría cambiar la forma, color, o alineación de sus dientes con porcelanas, carillas o coronas?

Si pudiera cambiar algo en su boca, dientes o sonrisa, que sería?



## Citas, Comunicación & Garantías

### Citas Perdidas.

Las citas dentales están reservadas exclusivamente para cada paciente. En caso de que me sea imposible mantener programada una cita, debo informar al personal de la oficina vía telefónica o e-mail **24 horas antes** en días hábiles (de Lunes a Viernes). De no hacerlo, habrá una multa resultante de **\$50 por perder una cita.**

Las citas con el especialista se deben re-programar con 7 días o mas de anterioridad, por los tiempos de traslado incurridos por el especialista y su personal. **Perder una cita con un especialista, conlleva un cobro de \$175.** El costo de partes, materiales y medicamentos que son ordenados para tratamientos específicos, no son reembolsables.

### Autorización para Mensajes de Texto

Por este medio, doy mi consentimiento para recibir recordatorios vía mensajes de texto a mi teléfono móvil. Estos mensajes serán un recordatorio de una cita programada, día y hora, o una notificación para hacer una cita para el seguimiento regular de mi tratamiento. Entiendo que seré responsable por cualquier cuota por parte de mi proveedor de telefonía. Entiendo también que **puedo pedir que se descontinúe el servicio en cualquier momento**, solicitándolo vía telefónica, e-mail, por escrito o en persona.

Además, doy mi consentimiento para recibir boletines electrónicos mensuales, incluyendo especiales y consejos de salud. Puedo dejar la suscripción del servicio en cualquier momento.

### Garantías en el Tratamiento

Los pacientes que hayan tenido tratamientos restaurativos (Ejemplos: Obturaciones, coronas, puentes o Dentaduras totales) tienen garantías en esos tratamientos **siempre y cuando hayan asistido todas sus citas de seguimiento e higiene dental.** Los pacientes deben presentarse a una consulta dentro de 30 días de la cita original, las citas son programadas para mantener la garantía intacta. Los tratamientos periodontales y el fracaso de los mismos por causa de infecciones, no están cubiertos bajo garantías de tratamiento.

### Aviso de Practicas de Privacidad

Reconozco que he revisado el "Aviso de Practicas de Privacidad" y entiendo que la información sobre mi salud será manejada bajo las leyes federales descritas en **El Acta de responsabilidad y portabilidad de seguro de salud. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

Al firmar electrónicamente, indico que he leído, comprendido completamente y estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores en la forma de consentimiento "Citas, Comunicaciones & Garantías".

## Planes de Asegurancia Dental

### Beneficios

Los procedimientos cubiertos por la Asegurancia pueden tener co-pagos determinados. **Seré informado de todos los costos, previamente a los procedimientos** y seré responsable de los costos de esos tratamientos, basado en los términos y condiciones acordados de mi parte, mi plan de asegurancia y el proveedor. Entiendo que **mi Asegurancia puede no ofrecer cobertura para todos los procedimientos** que son recomendados. Soy responsable por el pago total en esos tratamientos y servicios.

### Asegurancia de Saldos pendientes

Entiendo que mi proveedor, hará todo lo necesario para asegurar que todos los tratamientos prestados sean completados por las cuotas establecidas previas a iniciar el tratamiento. Bajo cualquiera de las siguientes circunstancias, soy responsable del saldo de los servicios prestados:

- Exceder el límite máximo de beneficio económico, por parte de la Asegurancia (annual maximum allowance)
- Tratamientos considerados como no-cubiertos y/o cosméticos, por parte de mi asegurancia.
- No ser elegible para la asegurancia al momento del tratamiento.
- Retrasos en el pago o la programación por parte del paciente, dando como resultado, la falta de pago por parte de la asegurancia.
- Abandono del tratamiento antes de completarlo, dando como resultado, la falta de pago por parte de la asegurancia.
- Pagos recibidos de la asegurancia y no devueltos a la oficina.

Si la asegurancia reembolsa al proveedor por un tratamiento que ha sido pagado previamente por el paciente, el paciente puede elegir una de las dos opciones siguientes:

- Mantener el crédito en su expediente para tratamientos posteriores, o
- Que se devuelva el cheque a la compañía de Seguro para ser re-emitido al paciente.

### Autorizaciones previas

Con el fin de determinar los beneficios para los procedimientos dentales, mi dentista obtendrá una autorización previa para esos procedimientos, por parte de mi compañía de seguros. **Este servicio será sub-contratado a una empresa de facturación terciaria.** La tarifa por enviar la pre-autorización es el mínimo co-pago previsto o **\$125 por paciente.** Todos los pagos de pre-autorización son no-reembolsables, pero serán acreditados en su totalidad al co-pago del tratamiento dental, deducibles y/o saldos pendientes.

**El Plan *No Aseguranza No hay problema!* (*No Insurance No Problem! Plan, -NINP-*)**

Para los pacientes inscritos al Plan *No Aseguranza No hay problema!* (NINP), la información de su tarjeta de crédito se colocará en su expediente y se renovará anualmente. Los pacientes **pueden elegir no participar en la renovación anual automática**. Si hay una suspensión de cobertura, se anulará toda garantía en el tratamiento terminado.

Al firmar electrónicamente, indico que he leído, entendido completamente y estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores en la forma "Plan de Aseguranza Dental".

## Forma de Consentimiento Administrativo

### Materiales y Costos de Laboratorio

Entiendo que **una vez que el tratamiento haya sido autorizado, soy responsable de todos los costos del laboratorio y materiales** necesarios para el tratamiento. Seré responsable por estos costos y entiendo que no son reembolsables, independientemente de si me presento a recibir o completar el tratamiento. (Eje. Colocación de implantes o aparatos fijos o removibles)

### Consultas con el Especialista

Estoy consciente que los honorarios pagados por la consulta con un especialista serán completamente acreditados en el tratamiento con el especialista. Si elijo declinar el tratamiento con el especialista, entonces el costo de la consulta permanecerá en el expediente como crédito para cualquier otro tratamiento dental o servicios ofrecidos.

También estoy consciente de **que mi proveedor de Asegurancia y mi dentista me han dado primeramente la opción de ver un especialista de la lista de especialistas de mi asegurancia**. Tengo la opción de renunciar a ver un especialista del panel que ofrece mi asegurancia y continuar mi tratamiento con el especialista interno, fuera de la cobertura de mi asegurancia. Entiendo que el costo puede variar por los mismos procedimientos, comparados a aquellos listados en el panel de especialistas de mi asegurancia.

### Reembolsos

Entiendo que una vez que un tratamiento ha sido autorizado por mi (el Paciente) e iniciado por el dentista, soy totalmente responsable del tratamiento. **No se pueden dar reembolsos en tratamientos finalizados**. Se pueden autorizar reembolsos parciales por tratamientos incompletos, menos costos de laboratorio, costos de materiales y tiempo de tratamiento.

### Disputas

En caso de un conflicto, el proveedor hará todo lo posible por resolver el problema para mi (el paciente) mayor satisfacción. Estoy consciente de que **todas las quejas son sub-contratadas y conllevan un costo administrativo no reembolsable de \$175** del cual soy responsable una vez que la queja haya sido interpuesta. Acepto que si la queja no se resuelve de manera administrativa, utilizaremos un mediador terciario acordado por ambas partes (el Doctor y yo) para resolver la disputa.

Al firmar electrónicamente que he leído, entendido completamente y aceptado todas las declaraciones anteriores en la "Forma de Consentimiento Administrativo".