



NLV DENTAL GROUP

Gracias por confiarnos su cuidado dental. Nos comprometemos a hacer todo lo posible para brindarle la mejor atención disponible. Si tiene alguna pregunta, no dude en informarnos y, lo más importante, ¡bienvenido!

SS #: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fec. de Nac.: _____ No. de Casa: (____) _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado: Casado Separado Viudo Divorciado Soltero Menor de Edad

E-mail: _____ Celular: (____) _____ Otro #: (____) _____

Empleador/Escuela: _____ Empleador/Escuela No. de Tel.: (____) _____

Domicilio Empleador/Escuela: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

¿A quién podemos agradecerle su referencia? _____

¿Quién es su contacto de emergencia? _____ Relacion: _____ No. de Tel.: (____) _____

PERSONA RESPONSABLE

Si usted es el paciente y tiene más de 18 años, marque "Sí mismo" y omita el resto de esta sección. Sí mismo

Nombre de persona responsable de el paciente: _____ Relacion: _____

No. de licencia de conducir: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de Casa: (____) _____ No. de Celular: (____) _____ No. de Trabajo: (____) _____

¿Es usted actualmente un paciente en nuestra oficina? Sí No

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PRIMARIA

Si el paciente está actualmente inscrito en el programa de Medicaid, marque "Medicaid" y omita el resto de esta sección. Medicaid

Nombre del Suscriptor Primario: _____ Relacion al Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Nombre de la Compañía de Aseguranza: _____ No. de Miembro: _____

Fecha de la Última Visita Dental (Si no está seguro, escribe una fecha aproximada) : _____

HISTORIAL DENTAL

Pacientes de Medicaid mayores de 21 años, tenga en cuenta que solo está cubierto para extracciones, dentaduras y/o parciales. Cualquier otro tratamiento dental es estrictamente de su bolsillo. ¿Está aquí por alguna de estas razones? Sí No

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Marque "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------|---|
| Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad de Mandibula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado de las Encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Morderse la Mejilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fumar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dientes Flojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de Mandibula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Rellenos Gastados/Quebrados | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Boca Sec | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Frenos/Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Morderse las Uñas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor Alrededor del Oído | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Allmentos Entre los Dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al Frio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Rechinar los Dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad a lo Caliente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Encías inflamadas o Sensibles | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad a lo Dulce | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

OVER

HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque "Si" o "No" para indicar si tiene uno(s) de lo siguiente:

- VIH/SIDA Si No
- Anemia Si No
- Artritis/Reumatismo Si No
- Asma Si No
- Problemas Lumbares Si No
- Cáncer Si No
- Dependencia de Fármacos Si No
- Quimioterapia Si No
- Problemas Circulatorios Si No
- Tratamientos con Cortisona Si No
- Toz persistente o con Sangre Si No
- Diabetes Si No
- Enfisema Si No
- Desmayos o Mareos Si No
- Glaucoma Si No
- Dolores de Cabeza Si No
- Problemas Cardiacos Si No
- Hepatitis Tipo _____ Si No
- Herpes Si No
- Presión Sanguínea Alta Si No
- Ictericia Si No
- Enfermedad Renal Si No
- Enfermedad Hepática Si No
- Dolor Mandibular Si No
- Tratamiento Psiquiátrico Si No
- Problemas Respiratorios Si No
- Escarlatina Si No
- Derrame Cerebral Si No
- Hinchazón de Pies o Tobillos Si No
- Problemas de Tiroides Si No
- Tabaquismo Si No
- Tuberculosis Si No
- Úlceras Si No
- Enfermedad Venérea Si No

¿Alguna vez a tenido o a sido diagnosticado con lo siguiente?:

- Válvula Artificial del Corazón Si No
- Sangrado anormal con extracciones o cirugías Si No
- Enfermedad de Sangre Si No
- Lesiones Cardiacas Congénitas Si No
- Soplo Cardíaco Si No
- Reparación de Hernia Si No
- Prolapso de Válvula Mitral Si No
- Marcapasos Si No
- Fiebre Reumática Si No
- Otro _____

Es alérgico a:

- Aspirina Si No
- Barbitúricos Si No
- Codeína Si No
- Ibuprofeno Si No
- Látex Si No
- Anestesia Local Si No
- Metales (plata, oro, etc.) Si No
- Penicilina Si No
- Otro: _____

¿Alguna vez a tenido complicaciones después de un procedimiento dental? Si No

Explique _____
 Algún otro historial medico _____

Mujeres:

- Esta embarazada? Si No
- Fecha aproximada de parto: _____
- Esta amamantando Si No
- Toma anticonceptivos Si No

Medicamentos: _____

Entiendo que, de mi conocimiento, la información que provee esta completa y correcta. Se que es mi responsabilidad informar a el doctor si el estado de salud mío o de mi hijo/a menor cambia en el futuro.

 Firma del Paciente (Padre o Tutor si el paciente es menor de edad)

 Fecha

Consentimiento Informado de Odontología

<p>Procedimientos Iniciales Entiendo que necesito lo siguiente: *Rayos X *Plan de Tratamiento INICIALES _____</p>	<p>Puentes La construcción de puente puede hacer su sonrisa mas agradable (cosméticamente), substituye los dientes que faltan sin una prótesis desprendible, mejora la masticación y tiene las mismas ventajas generales que una corona. Las complicaciones posibles son iguales a las que están descritas en la sección de coronas. Las consecuencias del no hacer el trabajo o posponerlo, puede dar lugar al desplazamiento e inclinarse de dientes, perdida de dientes traseros debido al desplazamiento, problemas periodontales y/o enfermedad de encía. INICIALES _____</p>
<p>Medicamento Entiendo que antibióticos, analgésicos y/o otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando inflamación dolor, vomito, comezón y/o shock anafiláctico. INICIALES _____</p>	<p>Parciales Un parcial reemplaza los dientes ya extraídos o que faltan por extraer dependiendo en mi plan de tratamiento. Las complicaciones posibles son que los parciales pueden producir desgaste en los dientes naturales y pueden tensionar o aflojar los dientes o crear caries bajo el metal. INICIALES _____</p>
<p>Cambios en Plan de Tratamiento Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos por cualquier condición encontrada durante tratamiento dental. INICIALES _____</p>	<p>Dentaduras Entiendo que el uso de dentaduras es difícil. La dentadura inmediata (colocación de la dentadura inmediatamente después de las extracciones) puede ser dolorosa. Puede requerir varios ajustes mayores. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para nuevas medidas y ajustes conforme pase el tiempo para tener mejor resultados a largo plazo. INICIALES _____</p>
<p>Extracciones Las alternativas de una extracción se me han explicado y autorizo al dentista hacer la extracción seleccionada o otras que sean necesarias. Entiendo que las extracciones no siempre quitan toda la infección y los riesgos o complicaciones que pueden surgir. Se me dará un formulario mas detallado explicando el cuidado y riesgos durante y después de una extracción. INICIALES _____</p>	<p>Periodontal (Tejido y Hueso) Entiendo que necesito mantenimiento de encía junto con limpieza profunda. Consecuencias de no hacer mi tratamiento o prolongarlo puede resultar en inflamación y/o sangrado de encía, perdida de hueso y como resultado, perdida de dientes. INICIALES _____</p>
<p>Endodancias Matando los canales de la raíz puede eliminar infección, aliviar dolor, y conservar los dientes en un mejor estado. Complicaciones durante tratamiento pueden surgir como con cualquier otro procedimiento incluyendo extracción necesaria. Bajo esas circunstancias, siguiendo la extracción, las alternativas incluyen puente o implante dental. INICIALES _____</p>	<p>Restauraciones Entiendo que el cuidado debe ser ejercitado en la masticación especialmente durante las primeras 24 horas para prevenir fractura de el relleno o de mi propio diente. Entiendo que un relleno mas extenso que diagnosticado originalmente puede ser requerido debido al decaimiento adicional. Entiendo que puede haber sensibilidad después de una restauración como esta y se que se me puede hacer un ajuste sin cobro. INICIALES _____</p>
<p>Coronas El uso de coronas evita que un diente se fracture, restaura un diente ya quebrado, elimina un espacio donde el alimento puede atorarse, sostener un diente falso en su lugar como parte de un puente y/o crear una estructura solida para sostener un parcial. Las complicaciones posibles incluyen la fractura de la corona, despegue de la corono en lo cual se tendría que volver a cementar, decaimiento futuro que requiera una corona nueva. INICIALES _____</p>	

Entiendo todos los procedimientos, sus cuidados, expectativas, y complicaciones. Se la importancia de cada uno de los procedimientos si es que yo los necesito y me hare responsable de mi salud oral o la de el paciente menor de edad.

Firma del Paciente(Padre o tutor legal si el paciente es menor)

Fecha

EN RELACIÓN CON SU ASEGURANZA

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. No somos un partido a ese contrato. Mandaremos la cuenta a su compañía de seguros y es su responsabilidad asegurarse que recibamos el pago por completo dentro de un plazo de 45 días, sin importar si su seguro paga o no. Por favor sea consciente que algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos bajo su aseguranza. Se le explica esta póliza para que asuma su responsabilidad.

En relación con los regímenes de seguros para los cuales somos proveedores del contrato: todo co-pago y los deducibles deberán ser cubiertos cuando se hagan los servicios.

EN RELACIÓN CON LAS CITAS

Como paciente su cita programada es tan importante para nosotros como usted y su familia.

En NLV Dental Group intentamos de confirmar citas un día antes, pero es su responsabilidad confirmar su propia cita con la fecha y hora correspondiente. **Se le hará un cargo de \$50.00 para citas canceladas el mismo día entre semana y un cobro de \$80.00 para citas durante fin de semana.** Mantenga en mente que las cancelaciones tienen que ser hechas con un mínimo de 48 horas de anticipación. Adicionalmente, si el paciente se demora mas de 15 minutos para su cita, NLV Dental Group reserva el derecho de cancelar su cita y proceder con el cargo. Se aprecia su cooperación.

Atentamente, La Gerencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Pacientes Menores de Edad

Lo que necesitamos de los padres o tutor legal responsable por el paciente:

1. Identificación de la persona responsable de el paciente.
2. Tarjeta de aseguranza dental junto con la información de la persona a cargo de la aseguranza para verificación.

POR FAVOR NO DEJE A LOS NIÑOS PEQUEÑOS DESCUIDADOS EN LA SALA DE ESPERA. NO QUEREMOS LLAMARLES LA ATENCION.

Debido a la consideración de la seguridad, los niños no pueden ser descuidados en la sala de espera, ni pueden acompañar a sus padres en el área de tratamiento. Por favor tome las medidas apropiadas del cuidado de los niños antes de llegar a nuestra oficina de modo que no sea necesario reprogramar su cita. Gracias.

PARA NUESTROS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD, UN PADRE O PERSONA RESPONSABLE DEBE PERMANECER EN LA FACILIDAD DURANTE EL PROCEDIMIENTO DENTAL DEL PACIENTE.

Autorizo dar cualquier información dental o medica necesaria a las aseguranzas para proceder con el cobro de los servicios proveídos por su oficina dental.

Yo, _____

Autorizo tratamiento dental para _____

Autorizo la asignación mía o del paciente menor de edad a esta oficina si es requerido por mi aseguranza para poder ser un nuevo paciente de la oficina dental NLV Dental Group.

Firma de Paciente (Padre o tutor legal responsable)

Fecha

Contrato Financiero

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Los cargos establecidos para cada paciente individualmente son considerados un contrato entre el paciente y la oficina dental. Aunque nosotros nos encargamos de procesar el cobro a las aseguranzas dentales, para la conveniencia de nuestros pacientes, el paciente es directamente (con la excepción que sea menor de edad) responsable con nuestra oficina del pago de su cuenta.

Hay casos en que las compañías no pagan el 100% de los cargos. Algunas de ellas pagan solamente cierta cantidad fija por algunos procedimientos, y otras solo pagan un porcentaje de los cargos. Es la responsabilidad del paciente pagar los deducibles, copagos, o algún otro balance que no sea pagado por la aseguranza.

Es póliza de nuestra oficina dental que todos los cargos sean pagados al tiempo del servicio. Los pagos pueden ser liquidados de las siguientes formas:

- **Efectivo**
- **Tarjeta de debito/crédito (Visa, MasterCard, American Express, etc.)**
- **Programas de Financiamiento de Salud (GreenSky, Care Credit)**

Cualquier cuenta que tenga un balance por pagar que pase de 90 días sin liquidar serán enviadas a una agencia de colecciones.

Firma del Paciente (Padre o tutor legal responsable)

Fecha

Aviso de Privacidad de Nuestra Clínica

Se nos requiere proveerle una copia de nuestro aviso de las practicas de privacidad, que indica como podemos utilizar y/o usar su información de salud. Al firmar el formulario usted esta de acuerdo con dicho aviso. Usted tiene el derecho de rechazar la opción de firmar el formulario si desea.

Eh leído y entiendo el aviso sobre las practicas de privacidad de la oficina.

Nombre del Paciente: _____

Firma (Padre o Tutor Responsable): _____

Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA

We have made every effort to obtain written acknowledgement of receipt of our notice of privacy from this patient but it could not be obtained due to :

PATIENT REFUSED TO SIGN FORM

DUE TO AN EMERGENCY SITUATION IT WAS NOT POSSIBLE TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

WE WERE UNABLE TO COMMUNICATE WITH THE PATIENT

***OTHER (PLEASE PROVIDE SPECIFIC DETAILS) ***

Información Sobre la Ley HIPAA y Formulario Para Dar Consentimiento

La ley conocida como "The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)" proporciona garantías para proteger su privacidad. Aplicación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas de HIPAA han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo se registra en línea.

¿De qué se trata? Concretamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información de Salud Protegida (siglas en inglés PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio de información necesaria para proporcionar servicios en nuestras clínicas. HIPAA le proporciona derechos determinados y protecciones a usted como paciente. Nosotros equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle atención y servicio profesional de calidad. Información adicional está disponible en el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. www.hhs.gov

NLV Dental Group ha adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, a menos que sea necesario para prestar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se implementen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguro de salud como sea necesario y adecuado para su atención. Archivos de pacientes se guardan en un sistema electrónicamente. El curso normal de atención significa que registros electrónicos pueden dejarse abiertos en computadoras, al menos temporalmente, en áreas administrativas, como la Oficina administrativa, sala de examen, etc.
Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de cartas, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es la política de NLV Dental Group recordar a los pacientes de sus citas por llamada telefónica. Podemos enviarle otras comunicaciones para informarle de cambios en la política de NLV Dental Group y nueva tecnología que puede resultarle valioso o informativo.
3. NLV Dental Group utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a PHI, pero deben estar de acuerdo con acatar las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la Oficina y revisión de documentos que pueden incluir PHI por organismos gubernamentales o pagadores de seguros en el normal desempeño de sus funciones.
5. Usted acepta llevar sus inquietudes o quejas sobre privacidad a la atención de el Gerente de la clínica o al médico.
6. Su información confidencial no se utilizará para los fines de marketing o la publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros en conformidad con las leyes estatales y federales.
8. Nosotros podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de NLV Dental Group como del paciente.
9. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en el uso de su Información de Salud Protegida y a solicitud de cambio en determinadas directivas utilizadas dentro de NLV Dental Group en relación con su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para cumplir con su solicitud.
10. NLV Dental Group es parte de un acuerdo colaborativo que incluye varios participantes en el campo médico. Su información de salud puede ser compartida por NLV Dental Group con otros participantes cuando sea necesario para las operaciones de atención médica.