



Gracias por elegirnos como su equipo dental.
Haremos todo lo posible para proveerle el mejor cuidado oral.
Para ayudarnos a entender sus necesidades, conteste por favor a las siguientes preguntas. Si tiene alguna inquietud o necesita ayuda, por favor consúltenos.
Con gusto le ayudaremos.

Bienvenidos

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ S.S: _____
Teléfono de casa: _____ Celular : _____ E-mail: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Marque el casillero correcto: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
Si es estudiante, nombre de la escuela/universidad _____ Ciudad _____ Estado _____
Nombre del empleador(del paciente o padre) _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del padre o esposo _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
¿A quién le podemos agradecer la referencia? _____
¿En caso de emergencia, a quién le podemos notificar? _____ Teléfono _____

Persona Responsable (Si Aplica)

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____
Dirección _____ Teléfono de casa _____
Número de licencia de manejar _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____ Número de seguro social _____
¿Es la persona responsable un paciente en nuestra oficina ahora? Si No

Informacion Sobre el Seguro

Nombre del asegurado _____ Parentesco con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____ Fecha en que fue empleado _____
Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del seguro médico _____ Número del grupo _____ Número de póliza _____
Dirección de la aseguradora _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio max. anual? _____
¿Tiene ud. algún seguro adicional? Si No (conteste a las siguientes preguntas, por favor)

Nombre del asegurado _____ Parentesco al paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____ Fecha en que fue empleado _____
Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del seguro médico _____ Número del grupo _____ Número de póliza _____
Dirección de la aseguradora _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio max. anual? _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del médico _____ Teléfono de la oficina _____ Fecha del último examen _____

1. ¿Está usted ahora bajo tratamiento médico?.....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	8. ¿Es ud. alérgico o ha tenido alguna reacción a estas sustancias?				
2. ¿Durante los últimos 5 años ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria?..... Si es así explique por favor _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Anestésico local (Novocaína).....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
3. ¿Está tomando alguna droga o medicina (receta o no) Si es así, ¿qué está tomando? _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Penicilina u otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4. ¿Usted usa tabaco?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Sulfamidas.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. ¿Usted usa drogas ilícitas?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Barbitúricos.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. ¿Usted usa lentes de contacto?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Sedantes.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones ?					Yodo.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Presión alta.....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Aspirina.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ataque cardiaco.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Algunos metales (níquel, mercurio).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Latex o productos de hule.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tobillos hinchados.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Otro (favor nombrar) _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Desmayos/ataques.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		9. Para mujeres solamente:				
Asma.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		¿Está embarazada o piensa que lo está?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Presión baja.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		¿Está amantando?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Epilepsia/convulsiones.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		¿Está tomando píldoras anticonceptivas?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Leucemia.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Enfermedad cardiaca.....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Enfermedad del riñón.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Marcapaso cardiaco.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Murmullos en el corazón.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de tiroides.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Angina.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Cansado con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Anemia.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Enfisema.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Cáncer.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Artritis.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Reemplazo de articulación o implante.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Hepatitis/Ictericia.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Enfermedad venérea.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Problemas del estómago/úlceras.....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
					Dolor del pecho.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Falta de aliento.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Ataque de parálisis.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Fiebre del heno/alergias.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Terapia de radiación.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Reciente pérdida de peso.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Problemas cardiacos.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Prolapso de válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					Otro _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre y dirección del último dentista _____ Fecha del último examen _____

1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	8. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencia?.....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		9. ¿Aprieta o muele los dientes?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		10. ¿Se muerde los labios o mejillas con frecuencia?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. ¿Tiene bultos o llagas por dentro o fuera de la boca.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		12. ¿Ha sangrado prolongadamente despues de una extracción?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha tenido heridas en la cabeza, el cuello o quijada?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con la quijada?					14. ¿Ha tenido ud. dentadura postiza parcial o total?..... Si es así, ¿desde qué fecha? _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ruidos en la quijada.....	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	15. ¿Ha recibido instrucciones higiénicas sobre el cuidado de dientes y encías?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dolor (articulación, oreja, lado de la cara).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		16. ¿Le gusta su sonrisa?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dificultad en abrir o cerrar la boca.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Dificultad al masticar.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						

Yo certifico que he leído y entendido la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista de proveer cualquier información (incluyendo diagnosis y los archivos del examen o tratamiento para mí o mi niño durante el periodo de mi cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/u otros profesionales de la salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de seguros a pagarle directamente al dentista o grupo dental los beneficios que me hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que yo soy responsable de pagar todos los servicios prestados a favor mío o mis dependientes. Si su cuenta no es cancelada a tiempo se cargará el 1.5% de interés mensual sobre el balance no pagado mas un razonable cobro adicional por recaudo.

(X)

Firma del paciente (o firma del padre, si el paciente es menor)

Observaciones del Dr. _____	_____
Firma _____	Fecha _____



POLITICA FINANCIERA

En un esfuerzo por mantener tarifas razonables y continuar brindando atención dental de calidad, hemos establecido una política de pago. Con la firma del presente acuerdo, usted se compromete a pagar por todos los servicios recibidos.

Pagos: Nuestro equipo administrativo colaborará con usted para administrar sus necesidades financieras, no obstante, requerimos que todos los tratamientos de rutina se paguen en su totalidad en el momento en que sean prestados. Si se firma un contrato financiero, se esperará el pago en la Fecha acordada, subrayada en el contrato. Si se llega a un acuerdo sobre el pago de la factura, el saldo de la cuenta deberá pagarse cuando se remita el estado de cuenta, y el mismo estará en mora si no se paga en un plazo de treinta días.

Formas de pago: Se aceptarán pagos en efectivo, con cheque y con tarjetas de crédito. Aceptamos Master Card, Visa, American Express y Discover. Además, también ofrecemos financiamiento a cargo de terceros, mediante un proceso que solo tomara algunos minutos. Esto es especialmente cómodo en caso de adoptar un plan de tratamiento integral.

Seguro: El coordinador financiero le ayudará con sus necesidades particulares. Si tiene beneficios de seguro, podrá darle un ESTIMADO de lo que se espera pague su compañía de seguros, pero no podrá ofrecer garantía alguna de la cobertura estimada. Todos los cargos serán responsabilidad de usted a partir de la Fecha en que se presten los servicios.

Facturas vencidas: Si no paga su cuenta, tomaremos las medidas necesarias para cobrar la deuda. Si tenemos que remitir su deuda a una agencia de cobro, usted convendrá pagar los costos adicionales de cobro, incurridos por concepto de búsqueda, informes de crédito u honorarios de abogado, que posiblemente serán equivalentes al 50% del saldo por cobrar. También es posible que llevemos la reclamación al Tribunal de Reclamaciones.

Cheques devueltos: Existe un cargo por cualquier cheque que devuelva el banco. El cargo puede ser desde \$25 a \$40, en dependencia de la cantidad por la cual se ha escrito el cheque. Preferimos el pago en efectivo en cuentas que tengan una historia de cheques devueltos.

Citas perdidas: Cuando un paciente no se presente por segunda vez a una cita, o cancele con menos de 24 horas de antelación, tendremos derecho a cobrarle una tarifa de \$20.00. Se tomarán en cuenta las circunstancias adversas. Esta tarifa deberá pagarse antes de concretar una nueva cita.

Divorcio: En caso de separación, la persona responsable de la cuenta antes del divorcio o separación, continuará siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autorice el tratamiento (el firmante de los formularios) del niño, será el padre responsable de los cargos subsiguientes. Si el decreto de divorcio requiere que el otro padre pague la totalidad o una parte de los costos del tratamiento, será responsabilidad del padre firmante cobrar la cantidad al otro padre.

He leído y comprendido la política financiera anterior.

Nombre del paciente

Persona responsable

Firma

Fecha



ARENA DENTAL STUDIO

P:(954) 739-3810 F:(954) 368-3962
333 NW 70th Avenue Ste #104, Plantation, FL 33317
arenadentalstudio@gmail.com | www.arenadentalstudio.com

CONFIRMACION DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

*Usted puede rehusarse a firmar esta confirmación.

Yo _____ he recibido una copia del aviso de la práctica de
privacidad de este consultorio.

Nombre en letra imprenta

Firma

Fecha

Patient consent for use and disclosure of Protected Health Information (PHI)
Acknowledgment of receipt of Notice of Privacy Practices

*Consentimiento del paciente para usar y compartir información personal de salud
y confirmación de recibo de la Nota de Prácticas de Privacidad

I acknowledge that I have been provided with ARENA DENTAL STUDIO, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

*Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas de Privacidad" de ARENA DENTAL STUDIO, y doy mi consentimiento para usar y compartir información personal de salud como lo permita y/o requiera la ley.

Nombre del paciente *(please print)*

Firma del paciente *(o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Fecha *(dd/mm/yy)*

Abuse or Neglect

We will notify government authorities if we believe a patient is the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will make this disclosure only when we are compelled by our ethical judgment, when we believe we are specifically required or authorized by law or with the patient's agreement.

Public Health and National Security

We may be required to disclose to Federal officials or military authorities health information necessary to complete an investigation related to public health or national security. Health information could be important when the government believes that the public safety could benefit when the information could lead to the control or prevention of an epidemic or the understanding of new side effects of a drug treatment or medical device.

For Law Enforcement

As permitted or required by State or Federal law, we may disclose your health information to a law enforcement official for certain law enforcement purposes, including, under certain limited circumstances, if you are a victim of a crime or in order to report a crime.

Family, Friends and Caregivers

We may share your health information with those you tell us will be helping you with your home hygiene, treatment, medications or payment. We will be sure to ask your permission first. In the case of an emergency, where you are unable to tell us what you want, we will use our very best judgment when sharing your health information, and only when it will be important to those participating in providing your care.

Authorization to Use or Disclose Health Information

Other than is stated above or where Federal, State or Local law requires us, we will not disclose your health information other than with your written authorization. You may revoke that authorization in writing at any time.

Patient Acknowledgment

Print Name(s): _____

Thank you very much for taking time to review how we are carefully using your health information. If you have any questions we want to hear from you. If not, we would appreciate very much your acknowledging your receipt of our policy by signing and returning this card. We look forward to seeing you again soon!

Patient signature
Date _____

Patients Rights

The law is careful to describe that you have the following rights related to your health information.

Restrictions

You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. Our office will make every effort to honor reasonable restriction preferences from our patients.

Confidential Communications

You have the right to request that we communicate with you in a certain way. You may request that we only communicate your health information privately with no other family members present or through mailed communications that are sealed. We will make every effort to honor your reasonable requests for confidential communications.

Inspect and Copy Your Health Information

You have the right to read, review, and copy your health information, including your complete chart, x-rays and billing records. If you would like a copy of your health information, please let us know. We may need to charge you a reasonable fee to duplicate and assemble your copy.

Amend Your Health Information

You have the right to ask us to update or modify your records if you believe your health information records are incorrect or incomplete. We will be happy to accommodate you as long as our office maintains this information. In order to standardize our process, please provide us with your request in writing and describe your reason for the change. Your request may be denied if the health information record in question was not created by our office, is not part of our records or if the records containing your health information are determined to be accurate and complete.

Documentation of Health Information

You have the right to ask us for a description of how and where your health information was used by our office for any reason other than for treatment, payment or health operations. Please let us know in writing the time period for which you are interested. We may need to charge you a reasonable fee for your request.

Request a Paper Copy of this Notice

You have the right to obtain a copy of this Notice of Privacy Practices directly from our office at any time. Stop by or give us a call and we will mail, or email a copy to you.

You have the right to express complaints to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been compromised. We encourage you to express any concerns you may have regarding the privacy of your information. Please let us know of your concerns or complaints in writing.



METODO DE COMUNICACION PARA EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:
NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA:
NUMERO DE TELEFONO CELULAR:
NUMERO DE TELEFONO LABORAL:
CORREO ELECTRONICO:

Para servirle mejor, nos interesa saber su predilección para confirmar su cita. Por favor indique su preferencia debajo.

Form with checkboxes for: TELEFONO DE DOMICILIO, TELEFONO CELULAR, TELEFONO LABORAL, MENSAJE DE TEXTO, CORREO ELECTRONICO, NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTES MENCIONADAS.

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM
*CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MÓVIL

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. ARENA DENTAL STUDIO, (ADS) offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between ADS and me and consent to the conditions outlined herein.

*Propósito: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. ARENA DENTAL STUDIO, (ADS) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre ADS y yo consiento a las condiciones que me han sido dadas.

Patient signature / Firma del paciente

Date / Fecha