

Información del Paciente

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ¿Cómo Te Gustaría Que Te Llamaran? \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

(Calle)

(Ciudad)

(Código Postal)

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

(MES / DÍA / AÑO)

(CASA /CELL /TRABAJO)

CORREO ELECTRÓNICO (No Compartiremos): \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE NEGOCIOS: \_\_\_\_\_

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ GRUPO#: \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL #: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO #: \_\_\_\_\_

¿A Quién Podemos Agradecerle Por Haberlo Traslado A Nuestra Oficina? \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN FAMILIAR

ESPOSO O PADRE

ESPOSA O MADRE

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona A Contactar En Caso De Emergencia: \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION Y LIBERACIÓN - CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Según entiendo, la información anterior está completa y es correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar Vincent Dental, si mi hijo menor o yo sufrimos algún cambio de salud.

Por lo presente autorizo al Dr. Daniel Vincent o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otro ayuda de diagnóstico atendidas apropiado por el médico para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales (o de mi hijo). Tras dicho diagnóstico, autorizo al Dr. Daniel Vincent a realizar todos los tratamientos recomendados mutuamente acordados por mí y emplear la asistencia necesaria para brindar la atención adecuada.

Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un relato completo de cualquier posible complicación.

Explicación De La Responsabilidad Financiera Del Seguro

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cambios realizados a mis dependientes o a mí, ya sea que estén pagados o reembolsados por el seguro médico o no. Proveedor (es). Autorizo el uso de mi firma y asigno beneficios a Vincent Dental en todas las presentaciones de seguros. Entiendo que en el incluso si mi cuenta se vuelve 45 días vencida y se entrega a United Collection Of Georgia, inc. Que será responsable de todos gastos de cobranza incurridos. Gracias por elegir Vincent Dental.

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Porfavor indique lo siguiente que ha tenido o tiene en la actualidad. Encierre en un círculo "Sí" o "No".

Corazón(cirugía, enfermedad, ataque)	SI	NO
Dolor de pecho	SI	NO
Cardiopatía congénita	SI	NO
Soplo cardíaco	SI	NO
Enfermedad hepática	SI	NO
Hipertensión	SI	NO
Ictericia amarilla	SI	NO
Prolapso de la válvula mitral	SI	NO
Desórdenes neurológicos	SI	NO
Válvula cardíaca artificial	SI	NO
Articulaciones artificiales(cadera, rodilla)	SI	NO
Artritis / Reumatismo	SI	NO
Tobillos hinchados	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Derrame cerebral	SI	NO
Medicina de cortisona	SI	NO
Problemas tiroideos	SI	NO
Problemas de riñón	SI	NO
Dieta – Especial Restringido	SI	NO
Enfisema	SI	NO
Tumores	SI	NO
Tos crónica	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Asma	SI	NO
Alergias o urticaria	SI	NO
Alergia o sensibilidad al látex	SI	NO
Reflejo nauseoso	SI	NO
Radioterapia	SI	NO
Úlceras	SI	NO
Quimioterapia	SI	NO
Cáncer	SI	NO
Hepatitis (B, C)	SI	NO
Enfermedad venérea	SI	NO
Herpes labial / ampollas de fiebre	SI	NO
Herpes	SI	NO

SIDA	SI	NO
H.I.V. Positivo	SI	NO
Transfusión de sangre	SI	NO
Glaucoma	SI	NO
Hemofilia	SI	NO
Anemia drepanocítica	SI	NO
Fácilmente abollado	SI	NO
Drogadicción	SI	NO
Fumar	SI	NO
Nervioso / ansioso	SI	NO
Epilepsia o convulsiones	SI	NO
¿Alguna otra enfermedad o condición?	_____	

¿Estas tomando alguna medicación? SI NO

Si es así, por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Eres alérgico? SI NO

Si es así, por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico? \_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

# De teléfono: \_\_\_\_\_

Mujeres:

¿Embarazada? SI NO

¿Enfermería? SI NO

¿Pastillas BC? SI NO

¿Toma alguno de los siguientes?

Fosamax SI/NO Zometa SI/NO

Aredia SI/NO Bonafos SI/NO

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_

# Daniel J. Vincent, D.D.S., P.C.

## Aviso De Prácticas De Privacidad

1. Entiendo que mi información de atención médica relacionada con mi diagnóstico, tratamiento, pago y seguro ser divulgado cuando sea necesario para presentar mi seguro y para comunicarme con otros profesionales de la salud en el curso de mi tratamiento en su oficina. También se divulgará información limitada a las empresas que apoyan las operaciones de esta oficina, como laboratorios dentales o médicos, hospitales, contador, soporte informático, facturación personal, contestadores y consultores. Estas empresas están restringidas en el uso y divulgación de su información de las autoridades gubernamentales. Si un miembro de la familia o una persona paga su atención médica con su conocimiento, podemos divulgar información a ese miembro de la familia o persona.
2. Entiendo que mis archivos se almacenan en los estantes de la oficina comercial. Solo el personal y el personal de limpieza pueden tener acceso a esta oficina fuera del horario comercial. Entiendo que esta oficina hará todo lo posible para mantener mi información está segura y corrige cualquier violación de mi privacidad si esto ocurriera.
3. Entiendo que tengo el derecho de acceder, copiar o inspeccionar y corregir mi información médica, el derecho a restringir las divulgaciones y obtener una contabilidad de las divulgaciones. Tengo derecho a expresar mis preocupaciones sobre la privacidad. A la práctica y / o al secretario de salud y servicios humanos dentro de los 180 días de mi descubrimiento de una violación de la divulgación sin temor a represalias por parte de esta oficina. Puedo corregir mis registros en forma de carta firmado por mí. También tengo derecho a revocar mi autorización de divulgación.

(se cobrará una tarifa mínima de \$ .20/ por página me cobrarán las copias que solicite).

4. Entiendo que recibiré comunicación de esta oficina en forma de llamadas telefónicas y tarjetas postales para recordarme de una cita existente, o que es hora de programar una cita. Puedo recibir correo que contiene información financiera, como libros de contabilidad o facturas. El comunicador también se me puede enviar en forma de fax, correos electrónicos u otros medios electrónicos. Entiendo que, si me deja un mensaje para devolver una llamada, el mensaje contendrá el nombre y el número de teléfono del médico. Los mensajes completos relacionados con mi información médica pueden ser dejado en mi correo de voz personal de casa o trabajo.

He leído y entiendo esta política de la oficina. Entiendo que, al firmar este acuerdo, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información personal y de salud con el fin de realizar tratamiento, pago actividades, reclamaciones de seguros y operaciones sanitarias. Esta oficina se reserva el derecho de revisar la política de privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha De Firma: \_\_\_\_\_

¿Con quién podemos discutir su cuenta? \_\_\_\_\_

(Nombre y Relación Del Paciente)

## Vincent Dental

3850 Holcomb Bridge Road, Suite 125

Peachtree Corners, GA 30092

(770) 449-5999

### Acuerdo Y Política Financiera

1. **Pago Por Uso:** Para Su Conveniencia, Puede Optar Por Pagar Sus Obligaciones En Cada Visita. Aceptamos Efectivo, tarjetas De Crédito / Débito (Visa, Mastercard, American Express, Discover, Carecredit).

2. **Opciones De Pago Mensual Flexible A Través De Carecredit:** Con Esta Opción, Disfrutará Estos Beneficios:

- Sin Pago Inicial (¡Por Lo Que No Se Necesita Dinero Hoy!)
- Opción Sin Intereses De 3 Y 6 Meses Con Carecredit Mínimo \$ 300
- Convenientes Pagos Mensuales Bajos
- Decisión Crediticia Recibida De Inmediato
- Aplicación Rápida Y Sencilla En Nuestra Oficina, En Línea O Por Teléfono

En el momento del servicio, usted es responsable del deducible y del porcentaje de los servicios prestados. Según su seguro, Si su seguro no ha pagado 60 días a partir de la fecha del servicio, el total pendiente el equilibrio se convierte en su responsabilidad. Debemos enfatizar que, como proveedores de atención dental, nuestra relación es con **USTED**, no con su compañía de seguros ni ningún otro pagador. Al presentar su seguro, es una cortesía que extendemos y los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios.

Las Citas De Más De Una Hora Requieren Un Depósito De \$ 50, Que Se Destinará A Su Copago. Requerimos un aviso de 48 horas para cambiar citas. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención dental posible.

Estamos Felices De Que Haya Elegido Nuestra Práctica.

¿Cómo Pagarás Hoy?    Tarjeta De Crédito / Débito    Cash    Carecredit

Personal Responsable \_\_\_\_\_