



## REGISTRO DE PACIENTE

<b>Informacion del Paciente</b>		<b>Asegurador Principal</b>			
Nombre: _____		Nombre: _____			
Direccion: _____		Relacion con el paciente: _____			
Ciudad _____	ZipCode _____	<b>Informacion del Seguro</b>			
Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: _____	Nombre del asegurado: _____			
SS#: _____	Telefono: _____	Fecha de nacimiento: _____			
Correo electronico: _____		SS# _____			
Contacto de Emergencia: _____		Grupo #: _____			
Numero de telefono: _____		Empleador: _____			
Referido por? _____		Compañia de seguro: _____			
<b>Historia Medica</b>					
Problema de Corazon	Yes/No	Sida/VIH	Yes/No	Esta embarazada?	Yes/No
Fiebre Reumatica	Yes/No	Fuma	Yes/No	Alergia a antibioticos?	Yes/No
Diabetes	Yes/No	Problemas de Sangramiento	Yes/No	Cuales: _____	
Hepatitis	Yes/No	Epilepsia	Yes/No		
Asma	Yes/No	Problemas de Riñones	Yes/No	Otras Alergias?	Yes/No
Enfermedad Sexual	Yes/No	Presion Arterial Alta	Yes/No	Cuales: _____	
Anemia	Yes/No	Tuberculosis	Yes/No		
Dolor de cabeza/oido	Yes/No	Problemas, Nariz, oidos, Garganta	Yes/No	Osteoporosis	Yes/No
* Algunas otras condiciones medicas o medicinas que esta tomando en los ultimos seis meses? _____					
* Doctor de la familia: _____ Esta bajo cuidado medico?					Yes/No
* Si su respuesta es si, explique: _____					
<b>Historia Dental</b>					
Sangran sus encias cuando se cepilla	Si/No	Dolores de cabeza frecuentes?		Si/No	
Dientes sensitivos a comidas frias o calientes?	Si/No	Rechina o aprieta los dientes?		Si/No	
Dientes sensitivos al dulce o acido?	Si/No	Se muerde los labios?		Si/No	
Siente dolor en los dientes?	Si/No	Ha tenido ortodoncia?		Si/No	
Tiene llagas o bultos cerca de su boca?	Si/No	Ha tenido extracciones dificiles?		Si/No	
Ha tenido daños en la cabeza,cuello o mandibula?	Si/No	Ha tenido sangramiento prolongado despues de extracciones?		Si/No	
a) Sonidos al abrir o cerrar	Si/No	Ha tenido instrucciones sobre como limpiarse los dientes o cuidarse las encias correctamente?		Si/No	
b) Dolor /articulacion,oido,laso de cara)	Si/No				
c) Dificultad de abrir, cerrar o masticar	Si/No				
Ultima visita dental: _____					

Entiendo que la informacion que he proporcionado (incluido mi historial medico) es correcto segun mi leal saber y entender y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico.

Si este consultorio acepta mi seguro dental, autorizo el pago directamente a este consultorio de cualquier beneficio de seguro que de otro modo se pagaria y asigno todos y cada uno de los beneficios a este consultorio. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y responsable de pagar los copagos y deducibles que mi seguro no cubre

Nombre del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**HIPPA- PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION  
(PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.**

**\* HIPPA - CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE  
SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.**

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

\* Confirmo que se me ha proveido con la "Nota de Practicas de Privacidad" de MIAMI DENTAL COMMUNITY., y doy miconsentimiento para usar y compartir informacion Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.

**Patient Name:** (please print): \_\_\_\_\_

\* **Nombre del Paciente:** (por favor en letra de molde): \_\_\_\_\_

**Patient Signature:** (Or legal representative;proof may be requested): \_\_\_\_\_

\***Firma del Paciente:** ( o representante legal; prueba puede ser requerida): \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

\***Fecha:** \_\_\_\_\_

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

**Purpose:** This form is used to obtain your concent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected health information **MIAMI DENTAL COMMUNITY., (MDCDS)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/text messaging for these purposes **MDCDS** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **MDCDS** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure Purpose: This form is used to obtain your concent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected health information

\***Proposito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos via correo electronico/mensaje de texto movil en referencia a su informacion de Salud Protegida.**Miami Dental Community.(MDCDS)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicacion via correo electronico/mensajes de texto movil. Transmitir informacion via correo electrinico/mensaje de texto movil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propositos. **MDCDS** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la informacion mandada a usted via correo electronico/ mensaje de texto a movil y no sera en ninguna forma responsable si esta informacion confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y entendido completamente el consentimiento de esta forma.Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicacion via correo electronico/mensaje de texto a movil entre **MDCDS** y yo, consiento las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido a sido respondida.

**Patient Acknowledgment & Agreement / \*Reconocimiento y Acuerdo del Paciente**

My consented email address is: \_\_\_\_\_

\*Mi correo electronico autorizado es: \_\_\_\_\_

My consented mobile number for text messaging is: \_\_\_\_\_

\*Mi numero de Movil para mensaje de texto autorizado es: \_\_\_\_\_

Paciente Signature: \_\_\_\_\_

\* Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

\* Fecha: \_\_\_\_\_

**IN CASE OF EMERGENCY:** Please call 911 or proceed to the nearest emergency room. Do not use this way of communication for that purpose.

\***EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 o proceda al centro de emergencia mas cernaco. No use esta forma de comunicacion para eso.



## CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA LOS SERVICIOS

Este consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos sean pagados por una compañía de seguros. El paciente entiende que, si tiene un Seguro dental con el que nuestra oficina no está contratada, o no tiene ningún Seguro dental, todos los servicios dentales suministrados y/o contratados se cargarán al paciente directamente haciéndolo responsable personalmente del pago de todos estos servicios dentales. Además, si el paciente lleva un Seguro dental que no cubre completamente los servicios contratados, el paciente también será responsable del pago de la diferencia de la cantidad no pagada.

En consecuencia, yo, \_\_\_\_\_, por la presente concedo permiso a Miami Dental Community y/o a sus agentes y sucesores para llamarme con el fin de discutir asuntos relacionados con este formulario.

He leído las condiciones anteriores de tratamiento y pago y acepto su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha:



## ACUERDO FINANCIERO

El pago es obligatorio en el momento de servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Es nuestra política tener un acuerdo definitivo entre usted, el paciente, y esta oficina con respecto al pago de las tarifas por los servicios prestados. Si tiene alguna pregunta sobre el costo de su tratamiento, solicite nuestra recepción un costo aproximado antes del tratamiento. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, todo tipo de tarjetas de crédito y ofrecemos financiamiento a través de diferentes compañías. Todos los servicios dentales de emergencia realizados sin acuerdo financiero previos con el gerente de la oficina deben pagarse al momento del servicio.

### PACIENTES NO CUBIERTOS POR SEGURO DENTAL

Se espera el pago cuando se inician los servicios. Si se requiere un trabajo dental exhaustivo, se entiende que al menos el 90% del saldo se pagará cuando se inicia el tratamiento. El saldo restante se debe cuando se complete el tratamiento. La responsabilidad financiera de cada paciente se determinará antes del tratamiento. Cualquier servicio dental realizado sin acuerdo financiero previo o seguro dental verificado debe pagarse al momento de comenzar los servicios.

### PACIENTES CUBIERTOS POR SEGURO DENTAL

Si tienes seguro dental, nos complacerá completar los formularios necesarios para su reclamo como cortesía para usted. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de su factura completa, independientemente de lo que pague su compañía de seguros. Somos un tercero que le brinda el servicio. Requerimos que usted sea responsable de su copago y deducible al momento del servicio. Después de que se haya presentado el seguro y si su compañía de seguro no ha pagado los beneficios dentro de los primeros 60 días, el saldo completo se convierte en responsabilidad del paciente. Se otorgará un reembolso cuando se hayan recibido los beneficios de la compañía de seguros. La oficina no puede prestar servicios en el supuesto de que su compañía de seguros pague sus cargos. **Firma del Paciente o Guardian:** \_\_\_\_\_

Todas las cuentas que no hayan pagado la parte estimada de su factura al momento del servicio incurrirán en un cargo de facturación de \$3 cada mes hasta que se pague el saldo. Los saldos que tengan 60 días o más incurrirán en un cargo financiero mensual del 1.5% que equivale a una tasa anual del 18%.

En consideración por el Servicio Profesional prestado a mí o por mi solicitud del médico, acepto pagar esos servicios en su totalidad. Además, estoy de acuerdo en pagar todos los costos y honorarios razonables de abogados si la demanda se inicia aquí. Si su cuenta se transfiere a una agencia de cobranza se agregará una tarifa del 40% del saldo de la cuenta, que deberá pagar el paciente. Le otorgó mi permiso

para que me llame por teléfono a mi casa o al trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. Después de 2 citas perdidas consecutivas es nuestra política no reprogramar para más citas hay un cargo de \$25 por todos los cheques devueltos cuyo saldo del cheque y la tarifa del cheque de devolución se pagarán en efectivo o giro postal.

Requerimos de un aviso de 24 horas para reprogramar o cancelar una cita. Esto nos permitirá atender a otros pacientes que puedan necesitar atención dental de emergencia. Hay un cargo de \$35 por una cita perdida si no se da aviso.

## **POLITICA DE REEMBOLSO**

Puede interrumpir el tratamiento y solicitar un reembolso de Miami Dental Community en cualquier momento. Le reembolsaremos cualquier cantidad pagada por el tratamiento que no recibió, a excepción de los pacientes que requieren servicio de prostodonticos. Los pacientes que requieren servicios de prostodoncia pueden cancelar el tratamiento sin cargo antes de que se preparen o alteren los dientes naturales para la prótesis. Una vez que ocurre la preparación del diente, el paciente es responsable del costo total estimado de los servicios, incluso si elige no completar el tratamiento. Todos los reembolsos se proporcionan a la forma de pago original excepto los pagos en efectivo se devolverán mediante un cheque.

Cualquier cuenta que no haya recibido el pago en 60 días será entregada a una agencia de cobranzas que buscar al reembolso de la parte responsable. Cualquier cargo incurrido durante este proceso se agregará al saldo de la cuenta.

Con mi firma a continuación autorizó a Miami Dental Community, a obtener un Informe de Crédito del Consumidor sobre mí. Esta autorización es válida para verificar la información proporcionada de conformidad con cualquier propósito legal cubierto por la ley de informes de Crédito Justos. (FCRA) Podemos usar el informe de crédito para cualquier propósito que esté autorizado por la ley aplicable en relación con una transacción de crédito que lo involucre y que implique la extensión de crédito para usted o la revisión o el cobro de su cuenta.

He leído y entendido el acuerdo de política financiera y de oficina anterior. He leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) publicado en esta oficina y recibiré una copia de estos a mi solicitud.

FIRMADO este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_.

Nombre del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_