

Información de Nuevo Paciente

¡Bienvenidos a Believe Dental! ¡Estamos muy contentos de que estén aquí! Para ayudarnos a brindarles mejor servicio, favor de llenar este formulario. Condiciones de salud y/o medicinas pueden determinar los servicios que recibirá.

Nombre Completo del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre Preferido _____ # Teléfono de Casa _____ # Teléfono de Trabajo _____

Dirección de Casa (Calle / Ciudad / Zip) _____

Nombre del Padre / Persona Legalmente Responsable _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo Electrónico _____ # de Licencia de Conducir _____ SSN _____

Nombre y Dirección del Empleador _____

¿Cómo supo de Believe Dental? _____

Si el paciente tiene alguna discapacidad, descríbala, incluyendo los desafíos de comportamiento (p.e., autolesiones, estimulación, gritos) y cualquier recompensa efectiva por el buen comportamiento (juguetes, música, películas, libros, calcomanías, animales de peluche, videojuegos, etc.): _____

Describe la dieta del paciente, incluyendo sus alimentos favoritos: _____

¿Tiene el paciente algún desafío físico (p.e., ceguera, silla de ruedas, tono muscular bajo, habilidades motoras finas)? _____

¿El paciente ha visitado al dentista antes? **S / N** ¿Hace cuánto fue la visita más reciente? _____

¿Cómo fue la experiencia más reciente? _____

Describe su cuidado bucal en el hogar:

Frecuencia de cepillar _____ Ayudado o independiente _____ Tipo de cepillo de dientes _____

Tipo de pasta de dientes _____ Frecuencia de hilo dental _____ Ayudado o independiente _____

Frecuencia del enjuague bucal _____ Problemas para escupir _____ ¿Flúor/barniz OK? _____

Quién ayuda con el cuidado dental _____ Algún desafío al cepillarse /usar hilo dental _____

Dónde/en qué posición te cepillas los dientes _____

Información para ayudar a nuestro equipo a brindar la mejor experiencia posible:

¿Es capaz de comunicarse verbalmente y, de ser así, a qué nivel? _____

¿Señal verbal que ayudará a nuestro equipo, p.e. "manos quietas, boca quieta"? _____

¿Utiliza la comunicación no verbal (PECS, AAC, ASL, etc.)? _____

¿Sensibilidad a cualquier sonido / vista / sabor? _____

¿Algún problema oral, p.e. pica (comer objetos no alimentos), "pouching", chuparse el dedo, etc.)? _____

¿El paciente consulta actualmente a algún terapeuta (p.j., **TO / TF / Lenguaje / ABA**)? Circule lo que corresponda.

Si es así, ¿en dónde y durante cuántas horas a la semana? _____

Si el paciente tiene dificultades con la visita de hoy, ¿le gustaría trabajar con analista de comportamiento (BCBA) para una visita al dentista de "práctica"? _____

Sexo:	SI	NO	RESPONDA LO SIGUIENTE:
			¿Fuma o usa tabaco?
			MUJER:
			¿Toma píldoras anticonceptivas?
			¿Está embarazada?
			¿Está amamantando?

Si está embarazada, ¿cuántas semanas? _____

Altura _____ Peso _____

SI	NO	ALERGIAS:
		Aspirina
		Codeína
		Anestésicos dentales
		Eritromicina
		Joyería
		Látex
		Metales
		Penicilina
		Tetraciclina
		Otra:

SI	NO	Condición:	SI	NO	Condición:
		Sangrado anormal			Cirugía de corazón
		Abuso de alcohol			Hemofilia
		Alergias			Hepatitis A
		Anemia			Hepatitis B
		Angina de pecho			Hipertensión
		Artritis			VIH SIDA
		Válvula cardíaca artificial			Problemas de riñón
		Articulaciones artificiales (rodilla, cadera, etc.)			Enfermedad del hígado
		Asma			Presión arterial baja
		Transfusión de sangre			Prolapso de la válvula mitral
		Quimioterapia contra el cáncer			Marcapasos
		Colitis			Pneumocystis
		Defecto cardíaco congénito			Problemas psiquiátricos
		Cirugía cosmética			Radioterapia
		Diabetes			Fiebre reumática
		Respiración dificultosa			Convulsiones
		Abuso de drogas			Enfermedad de la culebrilla
		Enfisema			Anemia drepanocítica
		Epilepsia			Problemas de los senos nasales
		Desmayos			Accidentes cerebrovasculares
		Ampollas de fiebre			Problemas tiroideos
		Dolores de cabeza frecuentes			Tuberculosis
		Glaucoma			Úlceras
		Fiebre del heno			Enfermedad venérea
		Ataque al corazón			Ictericia amarilla
Cualquier otra condición no listada:					

¿Ha tenido alguna cirugía mayor? _____

Medicamentos:**Información del seguro primario:**

Nombre y dirección del suscriptor _____

Relación con el paciente _____ #de identificación _____ Fecha de N _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros _____

teléfono del seguro _____ Grupo # _____ # de Miembro _____

Información secundaria del seguro:

Nombre y dirección del suscriptor _____

Relación con el paciente _____ #de identificación _____ Fecha de N _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros _____

teléfono del seguro _____ Grupo # _____ # de Miembro _____

Responsable del Paciente: _____**Firma** _____

¿Tiene alguna expectativa que le gustaría compartir con nosotros sobre su visita? ¿Algún miedo o preocupación? Cualquier información adicional que considere que nuestro personal debe saber para brindar la mejor atención posible:

Consentimiento: El abajo firmante autoriza al Doctor a realizar todos los procedimientos de diagnóstico necesarios que se consideren apropiados para realizar un diagnóstico completo de las necesidades dentales u orales-faciales del paciente, incluidos, entre otros, radiografías, modelos de estudio, fotografías, medicamentos y el uso de agentes anestésicos locales. Si Believe Dental participa de alguna manera en la programación de los servicios de transporte, yo, en nombre de mi persona, el paciente y nuestros respectivos representantes, afiliados, agentes y herederos, voluntariamente libero, renuncio, despido, eximo de responsabilidad, defiendo e indemnizo a Believe Dental y a sus afiliados, propietarios, agentes, funcionarios y empleados de y en contra de todos y cada uno de los reclamos, acciones o pérdidas por lesiones corporales, daños a la propiedad, muerte u otros, que puedan surgir de dichos servicios de transporte.

Firma _____ Fecha _____

Aviso de Pólizas de Facturación y Uso de Seguros

Como cortesía, nuestra oficina hace todo lo posible para trabajar con su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, el pago a nuestra oficina por los servicios prestados es su responsabilidad. Recibirá un estado de cuenta todos los meses hasta que su seguro haya pagado y su cuenta tenga un saldo de cero. Siempre es útil que llame y consulte con su compañía de seguros sobre el estado de su reclamo.

Si está utilizando un seguro, el monto del pago que cobramos hoy es solo una estimación basada en las pautas de pago de su proveedor de seguros. Si su proveedor de seguros no paga lo que se esperaba originalmente, usted será responsable del saldo restante. Si su proveedor de seguros paga más de la cantidad esperada originalmente, le enviaremos un cheque de reembolso a su dirección indicada.

Para pacientes con Medicaid:

Comprendo que, según la opinión de Believe Dental, es posible que Medicaid no cubra los servicios (o las provisiones) que he solicitado por no considerarlos razonables y médicamente necesarios para la salud del paciente. Entiendo que la HHSC o su agente de seguro de salud (p.e., DentaQuest, MCNA o UHC) determina la necesidad médica de dichos servicios. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios que yo (o el paciente) solicite y/ reciba si se determina que estos servicios no son razonables ni médicamente necesarios para la salud. Si los servicios se determinan así, entiendo que Believe Dental me acepta a mí (o al paciente) como paciente de pago privado con el fin de brindar esos servicios, y seré responsable de pagar esos servicios. El proveedor no presentará un reclamo a Medicaid por los servicios que yo pago.

Acepto estas condiciones:

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Fecha

No acepto estas condiciones y pagaré en su totalidad en el momento del servicio:

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Fecha

Acuse de Recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, _____ (paciente o tutor), he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Believe Dental.

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Fecha

El personal completará esta sección si no se obtiene la firma del paciente, padre o el tutor:

Nuestra oficina hizo un esfuerzo de buena fe para obtener el Acuse de Recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener por la siguiente razón:

- El paciente se negó a firmar.
- La situación de emergencia nos impidió obtener la firma del paciente.
- Las barreras del idioma nos impidieron obtener la firma del paciente.
- Otro (explicar): _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos a disposición el nuevo Aviso a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para solicitar una copia de nuestro Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura en este sitio web.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos información médica para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

Operaciones de Atención Médica: podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño de los médicos y proveedores, la realización de programas de capacitación, la acreditación, la certificación, la concesión de licencias o las actividades de acreditación.

Su Autorización: además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos: Debemos divulgarle su información de salud como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica; pero solo si acepta que podemos hacerlo.

Personas Involucradas en la Atención Médica: podemos usar o divulgar información de salud para notificar o asistir en la notificación de (incluida la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su estado general o muerte. Si está presente, antes del uso o la divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional, divulgando solo información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de Servicios Relacionados con la Salud: No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por la Ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley.

Abuso o Negligencia: podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional legales. Podemos divulgar a la institución correccional o al oficial de la ley que tenga la custodia legal de la información de salud protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de Citas: podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo por gastos tales como copias y tiempo del personal. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato.

Contabilidad de Divulgación: tiene derecho a recibir una lista de instancias en las que nosotros o nuestros socios divulgamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo, excepto en una emergencia.

Comunicación Alternativa: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o a lugares alternativos. {Debe realizar su solicitud por escrito.} Su solicitud debe especificar los medios o la ubicación alternativos y brindar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos con los medios o la ubicación alternativos que solicita.

Modificación: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros a la dirección o al número de teléfono que se proporcionan en este sitio web.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud, o para si nos comunicamos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que figura en este sitio web.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si lo solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

©2002, 2009 Asociación Dental Americana. Reservados todos los derechos. Se permite la reproducción y el uso de este formulario por parte de dentistas y su personal. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra parte requiere la aprobación previa por escrito de la Asociación Dental Americana.

Este formulario es solo educativo, no constituye asesoramiento legal y cubre solo la ley federal, no estatal (14 de agosto de 2002; 30 de abril de 2009).

Oficial de Privacidad: Karan Shah, DMD

Correo Electrónico: info@believedental.com

Believe Dental Aprobación para Comunicado de Prensa

Por la presente, autorizo a Believe Dental ("BD" o la "Compañía") a publicar imágenes, nombres, fotografías, videos, testimonios y/u otros materiales (el "Contenido") de mí, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s) legal(es). Entiendo que el Contenido puede usarse en las páginas de redes sociales de la Compañía u otros materiales de marketing.

Reconozco que mi/nuestra participación es voluntaria y que no recibiré compensación o contraprestación de ningún tipo a cambio de la creación, publicación o difusión del Contenido. Reconozco y acepto que no mantendré ningún derecho de propiedad.

Por la presente, libero a BD, a sus propietarios, empleados, contratistas, socios afiliados y a cualquier tercero involucrado en la creación o publicación del Contenido, de cualquier responsabilidad o reclamo mío o de cualquier otra persona, en relación con mi/nuestra participación en el creación, publicación o difusión del Contenido.

Un padre o tutor legal mayor de 18 años debe firmar este formulario.

Autorización

Nombre del Paciente _____

Nombre del Tutor _____

Firma _____

Fecha _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Teléfono _____ Correo Electrónico _____