



HOJA DE REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

ID: _____ ID EXPEDIENTE: _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Paciente es: Usuario
 Representante

Representante (Si la persona no es el paciente) _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
 Dirección: _____ Dirección 2: _____
 Ciudad, Estado, Código: _____ Pager: _____
 Teléfono Casa: _____ Teléfono Trabajo: _____ Ext. _____ Celular: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seg. Soc: _____ Lic. Conducir _____
 Persona Responsable es también el Usuario Seguro Primario del Usuario Seguro Secundario del Usuario

Información del Paciente _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____
 Ciudad, Estado, Código: _____ Pager: _____
 Teléfono Casa: _____ Teléfono Trabajo: _____ Ext. _____ Celular: _____
 Sexo: Masculino Femenino Estado Matrimonial: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seg. Soc: _____ Lic. Conducir _____
 E-mail: _____ Deseo recibir correspondencia por e-mail

<p>Sección 2 _____</p> <p>Estado de Empleo: <input type="radio"/> Tiempo Completo <input type="radio"/> Tiempo Parcial <input type="radio"/> Retirado(a) Estado de Estudiante: <input type="radio"/> Tiempo Completo <input type="radio"/> Tiempo Parcial ID Medicaid: _____ Dentista Pref.: _____ ID Empleado: _____ Farmacia Pref.: _____ ID Seguro Médico: _____ Hig. Pref.: _____</p>	<p>Sección 3 _____</p> <p>Referido por: _____ Dentista Previo: _____ Contacto de Emergencia: _____ No. Contacto de Emergencia: _____</p>
---	---

Información Seguro Primario _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con Asegurado Si mismo Cónyuge Hijo(a) Otro
 Seg. Soc. Asegurado: _____ Fecha Nacimiento del Asegurado: _____
 Empresario: _____ Compañía Aseguradora: _____
 Dirección: _____ Dirección: _____
 Dirección 2: _____ Dirección 2: _____
 Ciudad, Estado, Código: _____ Ciudad, Estado, Código: _____
 Beneficios Restantes: _____ .00 Deducciones Restantes: _____ .00

HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, que es parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando podría tener una relación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está actualmente bajo cuidado médico? Si No En caso afirmativo, explique _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Si No En caso afirmativo, explique _____
- ¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o cuello? Si No En caso afirmativo, explique _____
- ¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Si No En caso afirmativo, explique _____
- ¿Está tomando o ha tomado Phen-Fen o Redux? Si No _____
- ¿Está en una dieta especial? Si No _____
- ¿Utiliza usted sustancias controladas? Si No _____
- ¿Utiliza usted sustancias controladas? Si No _____

Mujeres:

¿Está embarazada/tratando de estar embarazada? Si No ¿Está tomando anticonceptivos? Si No ¿Lactando? Si No

¿Es usted alérgico a alguna de las siguientes?:

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Plástico Anestesia Local Otro

En caso afirmativo, explique _____

¿Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes?:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Adicción a Drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Urticaria/Ronchas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Coyuntura Artificial | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Problemas Nasales |
| <input type="checkbox"/> Válvula Artificial del Corazón | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Latidos Irregulares Cardíacos | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos/Vértigo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal/Intestinal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Sanguínea | <input type="checkbox"/> Tos Frecuente | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las Extremidades |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Jaquecas Frecuentes | <input type="checkbox"/> Baja Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Dolor Mandibular | <input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el Pecho | <input type="checkbox"/> Ataque/Fallo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Herpes Labial/Ampollas de Fiebre | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Cuidado Siquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Congénita Cardíaca | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas/Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Repentino | |

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad no descrita arriba? Si No En caso afirmativo, explique: _____

Comentario: _____

En base a mi conocimiento, todas las respuestas precedentes y la información prevista son verdaderas y correctas. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede perjudicar mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado médico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIÁN _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICA PRIVADA

Nota al Paciente:

Se nos requiere proveerle de una copia de nuestro Aviso de Prácticas Privadas, que estipula como usamos o divulgamos su información de salud. Favor de firmar este formulario para confirmar el recibo del Aviso. No tiene que firmar este acuse, si desea.

Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas de esta compañía.

Imprima el Nombre del Paciente/Guardián

Firma

Fecha

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de éste paciente pero no se logró debido a:

- El Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación no han permitido obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro (favor de especificar)

Firma del Empleado

Fecha

HIPAA Acuse de Recibo de la Notificación de Práctica Privada
Este formulario no constituye aviso legal y cubre la ley federal, no estatal.



37 Old Solomons Island Road, Annapolis MD 21401
Phone: 410-224-4411 Fax: 410-224-1314

info@lighthousefamilydentistry.com

Póliza Financiera y de Seguros

Pago por Servicio:

Los pacientes deben pagar todas las obligaciones financieras en la fecha de servicio a menos que el Director de la Oficina/Doctor solicite un pago inicial. Cualquier tratamiento sobre \$200 requerirá un depósito de 50 % al momento de la cita y la diferencia se deberá pagar en la fecha de servicio. Si usted tiene seguro dental con una compañía que aceptamos, vamos a ofrecer una estimación de su copago y cobrarle su deducible en el momento de su cita.

Los pacientes cubiertos por un seguro aceptado por nuestra oficina deben asignar beneficios a *Lighthouse Family Dentistry*. **En general, las pólizas de seguro no cubren el 100 % del costo de su tratamiento. Estimamos lo más cerca posible de su responsabilidad, pero hasta que realmente se halla prestado los servicios y se reciba la explicación de beneficios y pago de su compañía de seguros, es sólo una estimado. En última instancia, la responsabilidad cae sobre usted, el paciente.** Su seguro tiene 45 días para procesar y cerrar su reclamo. Si esto no ocurre, le enviaremos una factura y usted será responsable por el saldo en su totalidad dentro de 2 semanas a partir del recibo de nuestra factura. Toda cuenta vencida será transferida a nuestro departamento de colecciones para la acción pertinente.

Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express. También ofrecemos *Care Credit*, un programa externo de financiación para seguros de salud que ofrece planes de pago sin intereses con previa aprobación.

Citas No Canceladas o Ausentismo:

Como recordatorio de cortesía a su cita programada, nuestra oficina llama, enviamos textos, y (o) le enviaremos un mensaje electrónico para confirmar su cita. Si necesita cancelar su cita, por favor notifique a nuestra oficina por lo menos 48 horas de anticipación de su cita. Las cancelaciones realizadas con menos de 48 horas tendrán un recargo de \$79.

Por favor, no dude en contactarnos si tiene alguna pregunta. Queremos ser de ayuda en cualquier forma que podamos. Por favor, entienda que su obligación financiera se considera parte de su tratamiento.

He leído la póliza descrita aquí y acepto toda mi responsabilidad financiera.

Nombre: _____ Fecha _____

Iniciales/Fecha del Gerente de Oficina: _____ Última revisión: 12/11/2017