

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha De Hoy _____
 Fecha de Nacimiento _____ SS# _____ Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: Soltero Casado Menor Otro
 Nombre de Persona Responsable de la Cuenta: _____ Relación: _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Email _____
 Numero de Teléfono _____ Cell# _____ Trabajo # _____ x _____
 Razón por esta Cita: _____ Nombre y Numero de Farmacia _____

HISTORIAL MEDICO

Está usted bajo cuidado de un médico ahora? Si No es sí, sírvase explicar: _____
 Ha sido hospitalizado o tuvo una cirugía mayor? Si No es sí, sírvase explicar: _____
 Ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello? Si No es sí, sírvase explicar: _____
 Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Si No es sí, explique aquí: _____
 Usa usted el tabaco o consume el alcohol? Si No es sí, con que frecuencia: _____
 Usa usted sustancias controladas? Si No _____

Mujeres: Está: Embarazada o tratando de quedar embarazada? SI NO Tomando anticonceptivos orales? SI NO Lactancia materna? SI NO

Es usted **ALÉRGICO** a cualquiera de los siguientes? (Por favor, circule las condiciones que aplique)

Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos Locales Acrílicos Metales Látex

Otras alergias y explicaciones: _____

Tienes o has tenido, cualquiera de los siguientes? (Por favor, circule las condiciones que aplique)

Adicciones	Dependencia Química	Enfermedad de la Tiroides	Leucemia	Reciente Pérdida de Peso
Alergias	Desangramiento Excesivo	Enfermedad Vineria	Nerviosidad	Ronchas en la Piel
Alta/Baja Presión	Desmayos/Vértigo	Fiebre Escarlata	Palpito al Corazón	SIDA/VIH Positivo
Anemia	Diabetes	Fiebre Reumática	Problemas Circulatorios	Sinusitis
Artritis/Reumatismo	Diarrea Frecuente	Glaucoma	Problemas de Respiración	Tos con Sangre
Asma	Dolor de Espalda	Hemofilia	Problemas al Hígado	Tos Frecuente
Ataque al Corazón	Dolor en la Mandibular	Hepatitis A B C	Problemas en los Riñones	Transfusión de Sangre
Cuidado Psiquiátrico	Dolores de Cabeza	Hinchazón de pies o tobillo	Prolapso Válvula Mitral	Tuberculosis
Cáncer/Tumor	Dolores en el Pecho	Hipoglicemia	Quimioterapia	Úlceras
Convulsiones/Epilepsia	Enfermedad Cardiaca	Medicamento Cortisona		Válvula Artificial Cardiaca
Coyuntura Artificial				

Ha tenido alguna enfermedad grave no enumerada anteriormente? Si No _____

- A lo mejor de mi conocimiento, se han respondido con precisión las preguntas en este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la Oficina dental de cualquier cambio en la condición médica. Autorizo al doctor a tomar radiografías necesarias, modelos de estudio, fotografías y cualquier otras ayudas de diagnósticos que se consideren adecuadas hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades del paciente dental. También autorizo para realizar el tratamiento, terapia o medicamento el médico lo considere necesario y acordado el paciente. Entiendo que el uso de agentes anestésicos o gases nitrosos encarna un cierto riesgo.
- Tengo entendido que la responsabilidad de pago por servicios dentales para mí y mis dependientes es mía y es debida y pagadero en los servicios de tiempo se procesan. Puede haber cargos adicionales por retraso en los pagos, citas rotas, devuelto cheques y gastos de recaudación.

Entiendo que es necesario dar **24 horas** previo aviso para reprogramar o cancelar cualquier cita dental para evitar una tasa de nombramiento rotos. Para el nombramiento de 2 o más horas por favor dar un aviso de 48 horas.

SEGUROS: Tengo entendido que las compañías de seguros estimaciones dadas a dental de Mega Dental me son estimaciones y no puede ser una garantía de pago por mi compañía de seguros. Tengo entendido que yo me hago responsable por cualquier saldo pendiente. Doy permiso Perla dental para dar mi compañía de seguros cualquier información que sea necesaria para procesar mi reclamación de seguro.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN _____ FECHA DE HOY _____



BIENVENIDO

¡Bienvenido a nuestra oficina! Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y esperamos contar con su presencia personal y profesionalmente. Nuestra filosofía de atención abarca todo lo que hacemos para usted. Se compone de los siguientes elementos clave:

- ✓ Nosotros cuidamos de nuestros pacientes y queremos que se sientan muy a gusto con todo nuestro personal.
- ✓ Reconocemos que cada paciente es un individuo y nuestro objetivo es ayudarlo a mantener sus dientes en óptimo estado de salud y estética para toda la vida.
- ✓ Nos esforzamos por ser cuidadoso en todo lo que hacemos, y tomar el tiempo para hacer lo mejor usted.
- ✓ Estamos orientados a la estética de su sonrisa, lo que ayuda a verse mejor, manteniendo un óptimo estado de salud y estética para toda la vida.

En su primera visita, vamos a tomarnos el tiempo para conocerlo a usted (y usted, nosotros) y hablar de sus necesidades y necesidades dentales. Vamos a realizar una evaluación dental completa y reunir información para hacer un plan personalizado para usted. Esto tomará aproximadamente de 30-60 minutos.

Sinceramente,
MEGA DENTAL

PD ¡Por favor, visite nuestro sitio web en www.megadentaltx.com para aprender más acerca de nosotros!

Práctica de Privacidad y Formulario de Consentimiento del Paciente (HIPAA)

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted. El aviso contiene la sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de la notificación pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la información de salud protegida sobre la forma en que es usada o divulgada para tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted nos da el consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna revelación que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. La práctica ofrece este formulario para cumplir con Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que: Toda información médica puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad que pueden ser revisados a petición.

La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad.

El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información de salud, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con dichas restricciones.

El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras entonces cesarán.

La práctica hará los tratamientos solo con el consentimiento del paciente.

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se proporciona el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación del PHI se hace por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individuo. La regla de privacidad general requiere que los proveedores de salud a tomar medidas razonables para limitar el uso o divulgación hecha en virtud de una solicitud de autorización por parte del individuo. Por favor, escriba sus iniciales reconociendo de que usted es consciente de la Regla de Privacidad HIPAA descrita anteriormente.

Iniciales _____

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DENTAL

Dentista Anterior: _____ Ciudad/Estado _____

Fecha de su última radiografía dental _____

Marque en "sí" o "no" para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

- Mal aliento Si _____ No _____
- Sangrado de las encías Si _____ No _____
- Ampollas en los labios o en la boca Si _____ No _____
- Sensación de ardor en la lengua Si _____ No _____
- Mastica solo de un lado de la boca Si _____ No _____
- Fuma cigarrillo, pipa o cigarro Si _____ No _____
- Tronar o traquear la mandíbula Si _____ No _____
- Resequedad en la boca Si _____ No _____
- Morderse las uñas Si _____ No _____
- Acumulación de alimentos entre los dientes Si _____ No _____
- Objetos extraños Si _____ No _____
- Rechina o tritura los dientes Si _____ No _____
- Encías inflamadas o sensibles Si _____ No _____
- Dolor de encías Si _____ No _____
- Se muerde los labios o los cachetes Si _____ No _____
- Dientes flojos o tapadas rotas Si _____ No _____
- Respira por la boca Si _____ No _____
- Dolor en la boca mientras se está cepillando Si _____ No _____
- Tratamiento de ortodoncia Si _____ No _____
- Dolor en el oído Si _____ No _____
- Tratamiento periodontal Si _____ No _____
- Sensibilidad a frio Si _____ No _____
- Sensibilidad al calor Si _____ No _____
- Sensibilidad a lo dulce Si _____ No _____
- Sensibilidad cuando muerde Si _____ No _____
- Lesiones o tumores en la boca Si _____ No _____
- ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____
- ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

FACTS ABOUT DENTAL INSURANCE

Fact #1: Your dental insurance is based upon a contract between your employer and the insurance company. Should questions arise regarding your dental insurance benefits, it is best for you to contact your employer or the insurance company directly.

Fact #2: Dental insurance benefits differ greatly from traditional medical health insurance benefits and can vary quite a bit from plan to plan. When dental insurance plans first appeared in the early 1970's most plans had a yearly maximum of \$1000. Today, some 30+ years later, most plans still have an annual maximum of \$1000. That the premiums remained the same, allowing for a conservative yearly rate of inflation, your yearly plan maximums should be in excess of \$4500 today. Your premiums have increased, but your benefits have not. Therefore, dental insurance was never set-up to cover your services 100%; it is only an aid.

Fact #3: You may receive a notification from your insurance company stating that dental fees are "higher than usual and customary." Insurance companies never reveal how they determine "usual, customary and reasonable"(UCR) fees. A recent survey done in the state of Washington found at least eight different UCR fee schedules for one zip code in the Seattle area. The fees are somehow determined by taking "a percentage" of an average fee for a particular procedure in a geographic area. Average has been defined as "the worst of the best" or "the best of the worst." We do not provide average dentistry nor do we charge average fees.

Fact #4: Many plans tell their participants that they will be covered "up to 80% or up to 100%," but do not clearly specify plan fee schedule allowances, annual maximums, or limitations. It is more realistic to expect dental insurance to cover 35 to 50 of major services. Remember, the amount a plan pays is determined by how much the employer paid for the plan. You get back only what your employer puts in, less the profits of the insurance company.

Fact #5: Many routine dental services are not covered by insurance companies. This does not mean they aren't necessary or appropriate, just not covered.

We feel that dental insurance can be a great benefit for many patients and want you to know we will do everything in our power to insure that you get every benefit dollar you are entitled to. However, the treatment we recommend and the fees we charge will always be based on your individual need, not your insurance coverage. The ultimate decision as to what will be done and how fast we proceed will always be made by you. Based on your decision, we will discuss the total cost of treatment and what assistance you can expect from your dental insurance. 'All arrangements are strictly between you and our office. The full responsibility for payment of services rendered will always be with you.



MEDIA RELEASE FORM

I, _____, grant permission to _____, hereinafter known as the "Media" to use my image (photographs and/or video) for use in Media publications including:

(Check All That Apply)

Videos Email Blasts Recruiting Brochures Newsletters Magazines General Publications Website and/or Affiliates Pictures

Other: _____

I hereby waive any right to inspect or approve the finished photographs or electronic matter that may be used in conjunction with them now or in the future, whether that use is known to me or unknown, and I waive any right to royalties or other compensation arising from or related to the use of the image.

Please **initial** the paragraph below which is applicable to your present situation:

_____ - I am 20 years of age or older and I am competent to contract in my own name. I have read this release before signing below, and I fully understand the contents, meaning and impact of this release. I understand that I am free to address any specific questions regarding this release by submitting those questions in writing prior to signing, and I agree that my failure to do so will be interpreted as a free and knowledgeable acceptance of the terms of this release.

_____ - I am the parent or legal guardian of the below named child. I have read this release before signing below, and I fully understand the contents, meaning and impact of this release. I understand that I am free to address any specific questions regarding this release by submitting those questions in writing prior to signing, and I agree that my failure to do so will be interpreted as a free and knowledgeable acceptance of the terms of this release.

Signature: _____ Date: _____

Name (please print): _____

Signature of parent or legal guardian: _____

(if under 20 years of age)

¿Se pueden beneficiar los adultos del flúor?

Nuevas investigaciones demuestran que todas las personas se pueden beneficiar del flúor. Los expertos pensaban que el flúor trabajaba principalmente fortaleciendo los dientes durante su desarrollo, lo que dio pie para que los niños fueran el foco de los esfuerzos de fluoración. Ahora los estudios muestran que el flúor tópico- como el de las pastas de dientes, enjuagues bucales y tratamientos de flúor- ayudan a combatir la caries en personas de todas las edades.

¿Cuáles son los diferentes tratamientos de flúor?

Usted puede recibir un tratamiento de flúor en el consultorio del dentista. Con los tratamientos de flúor en los consultorios, su dentista seca su boca y aplica una capa de espuma o barniz. Algunos dentistas colocan un gel ó una espuma en una guarda dental que deberá usar por unos minutos. Le pedirán no comer ó beber nada y evitar fumar durante los siguientes 30 minutos.

Los tratamientos caseros para adultos, la mayoría en gel, requieren prescripción médica basada en sus necesidades particulares, en el riesgo de tener caries dental y en el nivel de flúor contenido en el agua pública.

Sin importar el riesgo, todos los adultos deben usar una pasta de dientes con flúor que haya sido probada para prevenir la caries dental.

¿Cuánto cuesta el tratamiento de flúor?

Por lo normal, un seguro dental cubre el costo de un tratamiento de flúor, para niños. Para adultos, puede que tenga un costo de \$10-\$30. Antes de comenzar el tratamiento por favor pregunte a su dentista si abra un costo.

¿Cuáles son los riesgos del flúor?

El flúor es seguro en dosis adecuadas; pero, como todo, el exceso no es recomendable. Tras décadas de investigación, el riesgo principal ligado al exceso de flúor es la fluorosis dental, un trastorno cosmético que los niños llegan a desarrollar si se exponen a dosis excesivas de flúor cuando son muy pequeños.

Los dientes de los niños afectados podrían presentar manchas o líneas blancas, y en casos severos, incluso una decoloración marrón o grisácea en sus esmaltes. Este trastorno ocurre cuando los niños se tragan la crema dental fluorada, por lo que es importante supervisarlos mientras se lavan los dientes para asegurarnos de que la escupan.

Háganos saber, si está interesado/a en un tratamiento de flúor: Si _____ No _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma de Paciente: _____



Póliza de Cancelación/ Cita Perdida

Nuestro objetivo en Mega Dental es proporcionarle a usted o su hijo/a conveniencia, accesibilidad, y atención de alta calidad. Para poder garantizar la conveniencia y accesibilidad a todos nuestros pacientes, es importante que los pacientes lleguen a tiempo para todas las citas programadas o que cancelen la cita **24 horas** con anticipación. Esta póliza, nos permite hacer mejor uso de nuestras citas para aquellos pacientes que necesitan atención dental.

Cancelación de una cita: Usted puede cancelar su cita llamando a nuestra oficina durante las horas regulares de oficina. Las citas están en alta demanda y su cancelación temprana dará a otro paciente la oportunidad de ser visto por nuestro dentista.

Póliza de Cita Pérdida: Una "cita perdida" es un suceso donde alguien no se presenta a su cita y no cancela la cita antes de la fecha y la hora. Si no se presenta a su cita y no cancela la cita 24 horas con anticipación, esto queda registrado en el registro médico como una "cita perdida".

Honorarios Para Citas: – Acuerdo Financiero A partir del 1 de Julio de 2022, Mega Dental comenzará a cobrar a los pacientes cuando no se presentan para citas programadas. Si no se presenta o cancela la cita en menos de 24 horas, se le cobrará una tarifa por una cita perdida. Esta tarifa no se someterá al seguro dental; se cobrará al paciente. Entendemos que la flexibilidad es importante y se le podrá perdonar la tarifa por cita perdida en “UNA” ocasión. La estructura de la tarifa es de **\$50**.

Tiempo de gracia: Se permite hasta 10 minutos para llegar después de su cita programada, pero tome en consideración que cada minuto cuenta y nuestra agenda seguirá como se había programado. El tiempo que se reservó será afectado y el tratamiento programado no será terminado.

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Paciente: _____

****Por favor tenga en mente estos acuerdos cuando haga futuras citas. ****