

Bienvenidos a Douglas Dental, LLC

Seccion A

Informacion del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre Completo del Paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Mensajes: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro Social: ____-____-____

Si el Paciente es menor de edad, porfavor llene la siguiente informacion:

Nombre del Padre: _____ Ocupacion: _____

Lugar de Empleo: _____ Telefono del Trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupacion: _____

Lugar de Empleo: _____ Telefono del Trabajo: _____

Seccion B

Historial Medico

Fecha de su ultima cita Dental: _____ Razon por su visita: _____

Porfavor indique si Padece o ha Padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

Infeccion de SIDA o HIV__	Enfermedades de la sangre__	Fiebre de heno/ alergias__	Desorden Mental__	Sinusitis__
Alergias_____	Alergia a codeine_____	Alergia a penicilina_____	Anemia_____	Artritis_____
Asma_____	Remplazo de articulacion:__	Cancer_____	Diabetes_____	Mareos_____
Epilepsia_____	Sangrados Excesivos_____	Desmayos_____	Glaucoma_____	Crecimientos__
Lesiones cerebrales_____	Soplo Cardiaco_____	Hepatitis_____	Alta presion__	Ictericia_____
Enfermedad de los rinones__	Enfermedad del higado__	Desorden mental__	Desorden nervioso__	Marcapaso__
Tratamiento de radiacion__	Problemas respiratorios_____	Tumores_____	Fiebre reumatica__	Reumatismo__
Problemas estomacales__	Ataque cardiaco__	Tuberculosis_____	Enfermedades Venereas__	Ulceras_____

Otras: _____ EMBARAZO? _____

Ha padecido complicaciones despues de tratamientos dentales? _____ Cuales? _____

Ha sido hospitalizado alguna vez durante los ultimos dos a~os? _____ Porque? _____

Se encuentra bajo el cuidado medico en estos momentos? _____ Razon: _____

Medicamentos que este tomando: _____ Nombre de su medico: _____ Telefono del medico: _____

Yo confirmo que al mejor de mis conocimientos, todas las preguntas han sido contestadas y que la informacion que provei es cierta y correcta en su totalidad. Si algo de mi historial medico llegara a cambiar, yo notificare a los medicos durante mi proxima consulta sin falta.

Firma del paciente, padre, o guardian

Fecha de hoy

Douglas Dental, LLC
855 Cochise Ave
Douglas, AZ 85607
(520) 364-3361

Seccion C

Informacion de Empleo

Ocupacion: _____ Lugar de Empleo: _____
Direccion de Empleo: _____ Telefono: _____

Seccion D

Informacion de Esposo/ Esposa

Nombre Completo: _____ Esposo: __ Esposa: __ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Direccion: _____

Telefono: _____ Ocupacion: _____ Lugar de empleo: _____

Seccion E

Informacion de Seguro Dental

Primer Plan

Nombre del plan de Seguro: _____ # de Identificacion: _____

Numero de Grupo: _____ El paciente es el asegurado? _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Numero de Seguro Social: _____ Direccion del asegurado: _____

Lugar de empleo: _____

Direccion de empleo: _____ Telefono: _____

Segundo Plan

Nombre del plan de Seguro: _____ # de Identificacion: _____

Numero de Grupo: _____ El paciente es el asegurado? _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Numero de Seguro Social: _____ Direccion del asegurado: _____

Lugar de empleo: _____

Direccion de empleo: _____ Telefono: _____

Aceptacion de Servicios

Como su condicion de tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deberan hacerse siempre con anticipo. La practica depende sobre el reembolso de parte del paciente por los costos incurridos en su cuidado. La responsabilidad financiera de cada paciente debera ser determinada antes de cualquier tratamiento. Todo servicio dental de emergencia, o cualquier servicio realizado sin arreglo financiero, debera cubrirse en su totalidad, y en efectivo el mismo dia que reciva los servicios. Pacientes que tengan seguro dental deben entender que todos los servicios suministrados seran cargados directamente al paciente y que el/ella son responsables de el pago en su totalidad, de todos los servicios. Esta oficina le puede ayudar a preparar sus formas de reclamo para su aseguranza o asistirle en colectar el pago de parte de ellos. Sin embargo, esta oficina dental no puede rendir servicios con la asuncion que nuestros servicios seran cubiertos por su aseguranza

Un cargo por servicio de 1.5% por mes (18% annual) del balance que llegara a quedar sin pagarse sera cobrado en todas las cuentas excedentes a 60 dias. Esto es al menos que otros arreglos se hayan establecido. Yo entiendo que honorario escrito para este plan solo se puede extender por un periodo de seis meses de la cita inicial.

En consideracion por el servicio profesional rendido, bajo mi peticion, o la del doctor, Yo acepto pagar asi mismo el valor razonable de estos servicios dichos al medico, a su cesionario, al momento que los servicios sean rendidos o durante los proximos 5 dias de facturacion, si el credito fuera extendido. Ademas convengo que el valor razonable de los servicios debera ser facturado, almenos que yo lo niege por escrito durante el tiempo de pago. Ademas acepto que negar contrato de este tiempo, condicion, o tratamiento, no significa que fuese negado contrato en un tiempo o situacion en el futuro. Ademas hoy acepto pagar to costo a intitucion o abogado si se me presentara una demanda. Yo doy mi permiso a ti o a tu representante de comunicarse connigo en mi hogar o trabajo para discutir terminosj incluidos en este documento. Se me ha avisado que el padre o guardian debe permanecer en la oficina dental durante la cita o tratamiento del menor.

Firma del paciente, padre o guardian

Fecha de hoy

Douglas Dental, LLC 855 Cochise Ave Dgls, AZ 85607 (520) 364-3361

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Yo doy a Douglas Dental mi consentimiento para usar mi información de salud protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener el pago de las compañías de seguros y para operaciones de atención de salud, como controles de calidad.

Me han informado de que yo puedo revisar la Practica de Privacidad (para una descripción más completa de los usos) antes de firmar el consentimiento.

Tengo entendido que esta práctica tiene el derecho a cambiar sus Prácticas de Privacidad y que podre obtener una copia nueva.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción de cómo mi información de salud protegida es utilizada. Sin embargo, también tengo entendido que esta práctica no está obligado a aceptar la solicitud. Si la práctica acepta mi petición de restricción, deben seguir la restricción(s).

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, con excepción de la información ya usada.

Imprimir nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

Si firmado por sus padres o tutores legales, por favor declarar relación al paciente _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Douglas Dental LLC

Dr. Jared W. Haws, Dr. Michael A. Leavitt,
& Dr. David I. Dahl
855 Cochise Ave Douglas, AZ 85607

Nosotros apreciamos que elija a Douglas Dental, LLC para sus necesidades dental. Nuestra meta es proporcionarle el mayor cuidado y calidad posible. Al hacer eso, hemos establecido la siguiente poliza de pago efectiva de inmediato.

Planes de Seguro Dental

Nosotros somos proveedores contratados por medio de varias companies de seguro dental. Por favor comprenda que no todos los tipos de servicios son cubiertos bajo los beneficios de su seguro. Usted sera reponsable por cualquier cantidad que quede sin pagarse. Por favor referirse a su folleto de beneficios.

Para la mayoría de companies de cuales no tengamos contrato, con gusto le presentamos una demanda de pago de su parte; sin embargo usted sera reponsable por el monto total al momento del servicio. Puesto que no estamos participando con su plan de seguro, Solo le podemos dar una evaluacion de lo que su seguro pagara. Usted sera reponsable de la cantidad que no sea cubierta.

Metodos de Pago Si Aceptados

Efectivo, money order, cheque de caja, visa, tarjeta master, tarjeta de debito o plan dental de honorario a través de la financier Capital One Healthcare.

Todos los pagos deberan ser rendidos el mismo dia que reciba los servicios. Y para los servicios mayores, de hora a hora y media deberan ser rendidos con minimo una semana de anticipacion. Cualquier arreglo financiero debe de finalizarse antes