

Información de Oficina

Información de Seguro

No existe una relación directa entre nuestra oficina y su compañía de seguros. El tipo de plan elegido por usted y / o su empleador determina sus beneficios del seguro, **las pólizas de seguro dental varían**. Es su responsabilidad entender su póliza de seguro, haremos lo que podamos para ayudarle a comprender y maximizar sus beneficios del seguro. Les pedimos ser responsable para el pago el día que tenga el tratamiento dental. Aceptamos el **pago por los servicios directamente de su compañía de seguro primario, y / o directamente de usted**, en cual caso, la oficina presentará su reclamo de seguro para que **su compañía de seguros le pueda reembolsar**.

Antes del tratamiento, nuestra oficina tratará de contactar su compañía de seguros para estimar / determinar los beneficios disponibles. Esto informará a nuestra oficina la **estimación** que su compañía de seguros puede cubrir. Este es solo un **estimado de los beneficios** y no constituye garantía de pago. Le sugerimos que llame a su compañía de seguros para verificar los beneficios también. **Usted será responsable del pago no cubierto por su seguro primario (su co-pago) en el tiempo de tratamiento.**

Si acuerdos financieros de parte del paciente son necesarios, ellos deben ser arreglados antes del tratamiento. Después de 45 días, cualquier saldo no pagado sin cubrir por su compañía de seguros (incluidos los retrasos en el pago de la compañía de seguros / procesamiento) serán facturados a usted y es debido en 15 días. Cuentas atrasadas (saldo adeudado de más de 30 días) se cobrará cargos por financiamiento mensual del 1.5% (18% anual). Atrasado / cuentas pendientes de pago estarán sujetos a las acciones de colección. El paciente o guardián será responsable de la agencia de colecciones, el abogado, la corte y todos los gastos asociados incurridos por la Dra. Ashley Flowers DDS, PA, si las acciones de cobranza son necesarias.

Información de Medicaid

Nuestra oficina acepta la cobertura de Medicaid de los residentes de North Carolina. Sin embargo, debido al gran volumen de beneficiarios de Medicaid en nuestra área, cualquier nuevo paciente de Medicaid tendría que ser puesto en una lista de espera. La tarjeta del paciente con Medicaid debe presentarse en cada cita, junto con un co-pago de \$3 por los servicios. Algunos procedimientos dentales, tales como prótesis dentales y los parciales, requieren aprobación anteriormente, que puede tomar hasta varios meses. Nuestra oficina entrega todos los formularios necesarios para la aprobación del tratamiento y notifica al paciente cuando la aprobación se ha logrado o denegado. No todos los procedimientos odontológicos están cubiertos por Medicaid. Si algún beneficiario de Medicaid pierde su primera cita, sin aviso de 24 horas, nuestra oficina no podrá volver a programar la cita. Todos los beneficiarios de Medicaid que pierde cualquiera de las visitas siguientes, con menos de 24 horas de notificación, se colocará de nuevo en la lista de espera para pacientes con Medicaid.

Seguros / Autorización de Comunicación / Alcance de la atención

Yo autorizo la entrega de cualquier información contenida en mis archivos dentales con el propósito de mi tratamiento, la facturación y tramitación de reclamaciones de seguros. Yo permito que esta firma, si es necesario, puede ser utilizada en lugar del original en todas las sumisiones del seguro. Además, autorizo la revelación de cualquier información contenida en mis archivos dentales a la / mi referencia dentista (s) y / o el tratamiento de los dentistas y / o el médico (s). Asimismo, autorizo a mi médico para liberar toda la información / análisis de laboratorio que es pertinente para mi tratamiento dental con la Dra. Ashley Flowers y el personal.

Póliza de Visitas Canceladas/ Rotos

Su hora de la cita se ha reservado especialmente para usted. Si usted no puede asistir a su cita, por favor, avísenos **por lo menos 24 horas de antelación**. Como una cortesía a nuestros pacientes, nuestra oficina tratará de confirmar su visita, pero es la responsabilidad de los pacientes (o guardianes) de mantener y confirmar las citas programadas. **Citas roto, la llegada tarde (más de 15 minutos después de su cita) que requieren reprogramación, y citas canceladas con menos de 24 horas de antelación se les cobrará \$25 por hora señalad.** **Póliza de Pago de Oficina**

Un cargo de \$25 será cobrado por insuficiencia de fondos / cheques devueltos. Después de exanimación un plan de tratamiento inicial será establecido y los costos serán revisados. Durante el tratamiento, situaciones inesperadas pueden ser descubiertos. Los costos real (s) a cargo dependerá de los servicios prestados para mejorar al paciente y restaurar o mantener la salud oral óptima.

Entiendo y estoy de acuerdo con estas directrices de la Oficina.

Firma de individual responsable: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el Tratamiento

1. Por la presente, autorizo a la Dra. Flowers o personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayudas diagnósticas considera conveniente hacer un diagnóstico a fondo de

_____ 's necesidades dentales
Nombre de paciente

2. Tras ese diagnóstico, autorizo a la Dra. Flowers y / o personal designado para llevar a cabo todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo por mí, incluyendo el tratamiento de fluoruro y emplear esa asistencia cuando sea necesario para proporcionar la debida atención.

3. Entiendo que esta oficina guarda en los archivos mis reclamos de seguro como una cortesía. Cualquier reclamación no pagada dentro de los 45 días de tratamiento es mi responsabilidad.

4. Por último, me comprometo a ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago se hace en el tiempo de servicio menos que otros arreglos se han hecho. En el caso de que los pagos no son recibidos por las fechas acordadas, un cargo por retraso de 1.5% (18 APR) para el saldo más de 30 días se evaluará a mi cuenta.

PERSONA LLENANDO FORMULARIO:

Firma: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique la relación: _____

REGISTRACION DE PACIENTE

NOMBRE _____ ESTADO CIVIL _____ SEXO _M / F_
Apellido Primer Segundo

FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

DIRECCIÓN EMAIL _____ # CELLULAR _____

CASA _____ # TRABAJO _____

Si paciente es menor de 18 años:

Nombre de Padres/Guardián Legal _____

Address if Different than Patient _____

Teléfono Casa _____ # Trabajo _____

PERSONA RESPONSIBLE POR PAGO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____ DL# _____ ESTADO _____

EMPRESARIO _____ DIRECCION _____

NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO EMERGENCIA # _____

SEGURO DENTAL

RELACION DEL PACIENTE AL ASEGURADO: MISMO / ESPOSO(A) / HIJO / OTRO

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ SS# _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ # SEGURO _____ # GRUPO _____

NOMBRE DEL EMPRESARIO _____

DIRECCIÓN _____ # TELÉFONO _____

NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO _____ # TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

(Por favor déjenos saber si tiene algún seguro secundario)

Con el fin de ofrecerle un servicio rápido, por favor devuelva este formulario junto con una tarjeta de seguro actual para el personal de recepción sobre la terminación.

HISTORIA CLINICA

MÉDICO _____ TELÉFONO _____

FECHA _____

1. ¿Se encuentra en buena salud? Sí No
2. ¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año? Sí No
- En caso afirmativo, explique: _____
3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado, había una importante operación o enfermedad grave? Sí No
- En caso afirmativo, explique: _____
4. Fecha de su última visita al médico? _____ Razón por última visita _____
5. ¿Está usted actualmente recibiendo tratamiento o atención médica regular por su médico? Sí No
- En caso afirmativo, por cual condición(es)? _____
6. ¿Está usted tomando alguno de los siguientes medicamentos? En caso afirmativo, nombre y miligramos.
- | | | | |
|---|----|----|-------|
| a. antibióticos o drogas sulfamidas | Sí | No | _____ |
| b. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)..... | Sí | No | _____ |
| c. Medicina para presión alta | Sí | No | _____ |
| d. Cortisona (esteroides)..... | Sí | No | _____ |
| e. Tranquilizantes | Sí | No | _____ |
| f. Antihistamínicos | Sí | No | _____ |
| n. Fosamax o algo relacionado con osteoporosis | Sí | No | _____ |
| g. Aspirina..... | Sí | No | _____ |
| h. Insulina, tolbutamida (Orinase) o drogas para diabetes... .. | Sí | No | _____ |
| i. Digitalis o drogas para problemas del corazón | Sí | No | _____ |
| j. Nitroglicerina | Sí | No | _____ |
| k. Anticonceptivas o otra hormonas..... | Sí | No | _____ |
| l. Medicamentos para dolor como Advil, Nuprin, Motrin or Naprosyn . | Sí | No | _____ |
| m. Synthroid o medicamentos para la tiroides..... | Sí | No | _____ |
| o. Otros: lista, por favor: | | | |
-

7. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a los siguientes? Sí No (Haga un circulo)
- A. Penicilina B. Aspirina C. Codeine D. Sulfanamidas E. Barbitúricos
- F. Iodina G. Látex H. Comidas:
- Otros (Lista, Por Favor)
-

¿HA TENIDO O HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR UN MÉDICO PARA:

(Circule su respuesta y destacar cualquier condición (s) que se aplican)

8. Válvulas cardiacas dañadas o válvulas cardíacas artificiales, incluyendo soplo cardíaco, marcapasos fiebre reumática, reumática enfermedad del corazónSí No
9. Prolapso de la válvula mitral
10. Anomalías congénitas del corazón
11. Problemas del corazón, ataque cardíaco, presión arterial alta, derrame cerebral
- a. ¿Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo? Sí No
- b. ¿Alguna vez le falta el aire después de hacer ejercicio suave?..... Sí No
- c. No le hinchan los tobillos? Sí No
12. Prótesis / reemplazo de rodilla o el trasplante de órganos?..... Sí No
13. Graves o frecuentes dolores de cabeza? Problemas sinusales? Sí No
14. Trastornos sanguíneos como la anemia o la hemofilia?..... Sí No
15. Transfusión de sangre
16. Los problemas respiratorios, enfisema, tuberculosis u otras enfermedades pulmonares?... Sí No
17. asma, fiebre del heno o urticaria?.....Sí No
- 18 Enfermedad estomacal o intestinal, o úlceras ?
19. cáncer, los tratamientos de rayos X, o la quimioterapia? Sí No
20. La diabetes o problemas de azúcar en la sangre?.....Sí No
21. hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado? Sí No

22. infecciones renales, micción frecuente o renal (riñón) diálisis?..... Sí No
23. Accidente cerebrovascular, convulsiones, desmayos, sensación de entumecimiento o otros problemas neurológicos?
..... Sí No
24. Herpes? Sí No
25. SIDA, enfermedad relacionada con el SIDA o VIH positivo? Sí No
26. tumores o crecimientos?..... Sí No
27. Arthritis or rheumatismo? Sí No
28. fobias, ansiedades graves, depresión, psicosis, los miedos inusuales,
u otros problemas mentales?..... Sí No
29. La psoriasis, seborrea, u otras enfermedades de piel?Sí No
30. ¿Ha perdido peso sin hacer dieta o subido de peso en los últimos meses?..... Sí No
31. ¿Tiene quejas sobre sus ojos, oídos o nariz?..... Sí No
- En caso afirmativo, explique: _____
32. ¿Usa lentes de contacto?..... Sí No
33. ¿Fuma cigarros / cigarrillos o usar productos de tabaco sin humo?Sí No ____ por día
34. ¿Consume bebidas alcohólicas?..... Sí No ____ por día
35. Para las mujeres, ¿está usted embarazada o cree que puede estar embarazada? Sí No
36. ¿Hay algún otro problema sobre su salud si usted lo conoce?..... Sí No
- En caso afirmativo, describir: _____

FIRMA DEL PACIENTE:

Entiendo la necesidad de estas preguntas y el deber de responder con sinceridad. Al mejor de mi conocimiento, las respuestas que he dado son correctas. También entiendo que es muy importante para informar de cualquier cambio en mi estado médico o dental al dentista lo antes posible, y estoy de acuerdo para hacerlo. Doy mi permiso al dentista para obtener de mi médico o al dentista, cualquier información adicional con respecto a mi historial médico necesario para proporcionarme el tratamiento dental lo mejor posible.

PERSONA LLENANDO FORMA:

Firma: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique la relación: _____

No escriba debajo de esta línea

REVISIÓN DE HISTORIA MÉDICA

FIRMA, DENTISTA ATENDIENDO: _____, DDS FECHA: _____

HISTORIA DENTAL

Excelente Bueno
 Razonable Malo

Referido por _____ ¿Cómo calificaría el estado de su boca?

Dentista Anterior _____ ¿Cuánto tiempo ha sido un paciente? _____ Meses/Años

Fecha de Examen Dental más reciente ___/___/___ Fecha de Radiografías más reciente ___/___/___

Fecha de Tratamiento más reciente (no limpieza) ___/___/___

Yo voy a mi dentista cada: 3 meces 4 meces 6 meces 12 meces casi nunca

¿CUAL ES SU PREOCUPACION INMEDIATA? _____

POR FAVOR DI SÍ O NO A LO SIGUIENTE:

SÍ NO

Historia Personal

- ¿Eres temeroso del tratamiento dental? Escala de 1 a 10 (muy) _____
- ¿Ha tenido una experiencia dental desfavorable?.....
- ¿Alguna vez ha tenido complicaciones del tratamiento dental pasado?.....
- ¿Ha tenido problemas para adormecer o reacciones a los anestésicos locales?.....
- ¿Alguna vez ha tenido frenillos, un tratamiento de ortodoncia o ajustado su mordida?.....
- ¿Ha tenido algún dientes extraídos?.....

Características Sonrisa

- ¿Hay algo acerca de la apariencia de sus dientes que le gustaría cambiar?.....
- ¿Alguna vez ha blanqueado sus dientes?.....
- ¿Es usted consciente de sí mismo acerca de sus dientes?.....
- ¿Ha estado decepcionado con la aparición de los trabajos dentales anteriores?.....

Mordida y Articulación de la Mandíbula

- ¿Tiene / tendría problemas para masticar goma de mascar?.....
- ¿Tiene/tendría problemas para masticar comidas duras?.....
- ¿Han cambiado los dientes en los últimos 5 años, se hacen más cortos o gastados?.....
- ¿Tienen los dientes amontonamiento o están desarrollando espacios?.....
- ¿Tienes más de una mordedura o tienes que apretar para hacer que sus dientes encajan?....
- ¿Tiene algún problema con el sueño o se despierta con la conciencia de los dientes.....
- ¿Tiene problemas con su articulación de la mandíbula (dolor, sonidos, cierre)?.....
- ¿Tiene dolores de cabeza tensionales o dientes doloridos?.....
- ¿Usas o ha usado un aparato para la mordida?.....

Estructura Dental

- ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años?.....
- ¿Tienes una boca seca?.....
- ¿Tienes algunos dientes sensibles a calor, frío, morder o dulces?.....
- ¿Ha tenido alguna vez dolor de muelas, o astillado o roto un diente?.....
- ¿Evitas cepillar alguna parte de tu boca?.....

Encías y Hueso

- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por enfermedad de las encías?.....
- ¿Alguna vez ha tenido una recesión de las encías?.....
- ¿Hay alguien con una historia de enfermedad de las encías en su familia?.....
- ¿Le sangran las encías al cepillarse, usar hilo dental o comer?.....
- ¿Los dientes le aflojan?.....
- ¿Ha notado un sabor desagradable o olor en la boca?.....
- ¿Ha notado una sensación de ardor en la boca?.....

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma de la Doctora _____ Fecha _____

Ashley Flowers Family Dentistry

507 North Main Street
Sparta, NC 28675
336-372-3434

Avisodeprácticas de privacidad (NPP)Reconocimiento y Autorizaciónpara divulgar Información

Entiendo que bajo la Ley de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad y protección con respecto a mi información de salud. Yo admito que he recibido o me han dado la oportunidad de recibir una copia de su NPP.Reconozco que estoy consciente que una copia del NPP está disponible en la sala de espera si yo quisiera revisarla. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de modificar su NPP y que puedo solicitar una copia actual delNPP en cualquier momento.

Fuera de lo que está cubierto bajo HIPAA, Ashley Flores FamilyDentistry sólo dará a conocer información médica a la persona (s) que usted autorize a obtener esa información. A menos que se especifique lo contrario, esta versión incluye toda la información del paciente (incluyendo los resultados del tratamiento, los hallazgos dentales, radiografías, y cualquier plan de tratamiento dental para citas futuras).

Autorizo Ashley Flores FamilyDentistry para divulgar mi información médica a las siguientes personas:

Nombre y Relación

Nombre y Relación

Nombre y Relación

Podemos dejar mensajes para recordarle su cita o mensaje para que devuelva la llamada del teléfono de su hogar o teléfono celular. Sí No

Nombre del Paciente o GuardianLegal (Por favor letra de imprenta)

Firma del Paciente oGuardian Legal

Fecha

Firma delTestigo