

Robert E. Sanderson D.M.D.
2112 Lynngate Drive
Hoover, AL 35216
(205) 822-0155

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL _____

E-MAIL: _____ TELEFONO(CASA): _____ TELEFONO(CELULAR): _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

OCUPACION: _____ ESTUDIANTE: _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA: NOMBRE: _____

TELEFONO: _____ RELACION: _____

Información de Persona Responsable

(No llenar esta sección si se trata de la misma persona mencionada arriba)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL _____

E-MAIL: _____ TELEFONO(CASA): _____ TELEFONO(CELULAR): _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

Información de Aseguranza

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SU SEGURO DENTAL: _____

DE GRUPO _____ NUMERO DE POLIZA _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, otras sumas que de otra manera serían pagaderas a mí o a mi nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos por los servicios realizados por el proveedor. Si el reembolso del seguro no es suficiente para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable del pago de la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. También doy mi consentimiento al examen y/o al tratamiento de mí mismo y de todos mis hijos menores nombrados, por parte de médicos, sus asistentes y otros miembros del personal médico. Si no se proporciona toda la información requerida, es posible que se me envíe una factura por los servicios.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

FIRMA DE LA PERSONA REponsable _____ FECHA: _____

HISTORIA MEDICA

¿Usted ha tenido las siguientes enfermedades o problemas médicos?

SI NO

- ☐ ☐ Abuso de alcohol/drogas
- ☐ ☐ Anemia
- ☐ ☐ Artritis
- ☐ ☐ Enfermedad del hígado
- ☐ ☐ Asma
- ☐ ☐ Problemas de Sangrado
- ☐ ☐ Transfusión de Sangre
- ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia
- ☐ ☐ Defecto congénito del corazón
- ☐ ☐ Diabetes
- ☐ ☐ Alta presión
- ☐ ☐ Problemas del riñón
- ☐ ☐ Prolapso del válvula mitral
- ☐ ☐ Problemas psiquiátricos
- ☐ ☐ Fiebre Reumática
- ☐ ☐ Fuma usted o usa Tabaco
- ☐ ☐ Tuberculosis

SI NO

- ☐ ☐ Problemas respiratorios
- ☐ ☐ Enfisema
- ☐ ☐ Epilepsia/ Ataques
- ☐ ☐ Desmayos/ mareos
- ☐ ☐ Dolor de cabeza/migrañas
- ☐ ☐ Ataque de corazón/ Embolia
- ☐ ☐ Soplo cardíaco
- ☐ ☐ Cirugía del corazón
- ☐ ☐ Hepatitis
- ☐ ☐ Herpes/ ampollas
- ☐ ☐ HIV+ o SIDA
- ☐ ☐ Sinusitis
- ☐ ☐ Implante/ válvulas
- ☐ ☐ Tratamiento de radioterapia
- ☐ ☐ Ulcera
- ☐ ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ ☐ NADA

Es alérgico(a) a lo siguiente:

SI NO

- ☐ ☐ Aspirina
- ☐ ☐ Anestésicos dentales
- ☐ ☐ Látex
- ☐ ☐ Penicilina
- ☐ ☐ Tetracycline

SI NO

- ☐ ☐ Codeína
- ☐ ☐ Erythromycin
- ☐ ☐ Metales
- ☐ ☐ Sulfa

Para Mujeres:

SI NO

- ☐ ☐ ¿Esta tomando píldoras anticonceptivas?
- ☐ ☐ ¿Esta embarazada? Si es así, indique la fecha prevista de nacimiento: _____
- ☐ ☐ ¿Esta dando pecho?

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He dado a conocer los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos-x y el examen necesario.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

FIRMA DE LA PERSONA REPOSABLE _____ FECHA: _____

Robert E. Sanderson
2112 Lynngate Drive
Hoover AL 35216
205-822-0155

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de la ley HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo por teléfono, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? **SÍ NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? **SÍ NO**

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? **SÍ NO**

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____
(NOMBRE DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL)

Fecha: _____

ROBERT SANDERSON
2112 LYNNGATE DRIVE
HOOVER, AL 35216
205 822 0155

Poliza de Cancelación/Cita Perdida

1. *Poliza de cancelación/cita perdida*

Una "cita perdida" es un suceso donde alguien no se presenta para hacer una 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 como una "cita perdida".

Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación o si no llega a la cita será considerada cita perdida, y **se le cobrará una tarifa de veinticinco dólares (\$25); el paciente será responsable de esta tarifa ya que no está cubierta por el seguro.**

2. *Citas programadas*

Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener a los otros pacientes a tiempo.

Si un paciente llega 15 minutos después de la hora programada, tendremos que reprogramar la cita.

Por favor llámenos para avisar que vendrá tarde.

3. *Citas de bloque grande: Depósito/ Cancelación/ cita perdida*

Se requiere un depósito del 25% para cualquier cita de bloque grande que necesite 2 horas o más. El depósito se agrega a sus servicios dentales.

Debido al gran bloque de tiempo necesario para esta cita, las cancelaciones de última hora pueden causar problemas y gastos adicionales para la oficina.

Si una cita de bloque grande no se cancela con al menos 3 días de anticipación, se le cobrará una tarifa de cien dólares (\$ 100); esto no será cubierto por su seguro sino por su depósito.

4. *Saldos de cuenta*

Requeriremos que los pacientes con saldos paguen los saldos de sus cuentas a cero (0) antes de recibir más servicios de nuestra práctica.

Los pacientes que tengan preguntas sobre sus facturas o que deseen analizar una opción de plan de pago pueden llamar y solicitar hablar con un representante de la oficina con quien puedan revisar su cuenta y sus preguntas.

Por favor firme que ha leído y entendido esta Poliza de Cancelación y Cita Perdida

Nombre del paciente _____

Firma _____ Fecha _____
(paciente/tutor)