



¡Bienvenido a nuestra clínica!

Solicitamos tu ayuda, proporcionándonos la siguiente información confidencial

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha: _____ Correo electrónico: _____ Recomendado por: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de seguro social: _____ - _____ - _____ Licencia de conducir: _____

Sexo: M F Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del cónyuge: _____ Ocupación: _____

Dirección del cónyuge (si es diferente a la anterior): _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Empleador del cónyuge: _____ Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

En caso de que debamos comunicarnos contigo para cambios en la programación, etc., indica el mejor NÚMERO DE TELÉFONO, durante horas de oficina, para llamarte:

Número de teléfono: _____, Lugar _____ Hora: _____

¿Cómo te enteraste de nuestra clínica? Favor de marcar: Búsqueda en Internet Recomendado por otro paciente Sitio web Televisión En la ciudad
Otro _____

Si te recomendaron con nosotros, ¿a quién podemos agradecer su confianza en nosotros? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Aseguradora primaria: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento _____

No. de grupo o No. de póliza _____

Por la presente autorizo a Scarsdale Dental Spa a compartir cualquier información con mi aseguradora(s) , incluidos registros de exámenes, diagnósticos y/o tratamientos. Este comunicado es únicamente con el propósito de facilitar la facturación y el reembolso, directamente a Scarsdale Dental Spa, de los beneficios del seguro a los cuales tengo derecho. Por el presente acepto que soy financieramente responsable de todo el tratamiento brindado y entiendo que se realizará el pago completo después de cada tratamiento, a menos que se hayan acordado previamente otros arreglos financieros.

Fecha: _____ Firma del paciente: _____

CONSENTIMIENTO:

Por medio de la presente autorizo a Scarsdale Dental Spa a tomar las radiografías necesarias, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico que Scarsdale Dental Spa considere apropiada para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo a Scarsdale Dental Spa a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan estar indicadas. También tengo conocimiento que el uso de agentes anestésicos implica cierto riesgo. Reconozco que mi seguro dental es un contrato entre la compañía de seguros y yo y no entre Scarsdale Dental Spa y la compañía de seguros. Estoy completamente de acuerdo que todo el tratamiento dental es solo responsabilidad mía, independientemente de la cobertura del seguro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Firma del Dr.: _____

FORMULARIO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Acuse de recibo del aviso de políticas de privacidad

Propósito: Este formulario se utiliza para obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso de políticas de privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese acuse de recibo.

**** Puedes optar por no firmar este formulario ****

Yo, _____, he recibido una copia/explicación del Aviso de políticas de privacidad de esta clínica.

(Firma del paciente y/o tutor) (Fecha) _____

(Relación con el patient) Yo mismo u otro: _____

Para uso exclusivo de la clínica

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de políticas de privacidad, pero no pudimos obtener el acuse de recibo porque:

La persona se negó a firmar

Las barreras de comunicación (como la del idioma), impidieron obtener el acuse de recibo

Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo en el momento del servicio.

Otros (favor de especificar) _____

Nuestra filosofía empresarial y financiera

Para nosotros es importante que la calidad de nuestros servicios comerciales coincida con la calidad de nuestra atención dental. Queremos que el manejo de tu cuenta, desde el principio, sea percibido como una extensión de la atención dental que te brindamos a ti y a tu familia.

Todas las citas se reservan de manera exclusiva. Por lo tanto, se requiere un aviso de dos días hábiles para cualquier cambio en la programación de consultas que sean de corta duración. Para cualquier cita que haya sido programada para 1 hora y media, o más, se requiere avisar con una semana de anticipación, en caso de algún cambio en su programación. Para cambios de horario, nuestra clínica no acepta el uso de contestadores automáticos o mensajes de correo de voz. Todas las citas deben ser manejadas por nuestro equipo de recepción durante nuestro horario de oficina habitual. Nos reservamos el derecho de cobrar \$75 por cada media hora de tratamiento que se haya reservado, si haces cambios en la programación sin suficiente anticipación.

Participación del paciente

Al igual que en cualquier relación, ambas partes tienen una responsabilidad que desempeñar. La nuestra es brindarte un servicio de calidad. En respuesta, tu responsabilidad es pagar ese tratamiento al momento de recibir el servicio. Nuestro equipo trabajará contigo para determinar los arreglos financieros que tengan sentido para ambos. Con un acuerdo hecho, nuestro seguimiento en conjunto resultará provechoso para todos. Para que podamos presentar el (los) reclamo(s) de seguro correctamente, les pedimos a todos los pacientes que completen nuestro Formulario de información y seguro antes de ver al dentista ya que eso asegura que nuestra oficina obtenga la información correcta para brindarte un mejor servicio con respecto a tus beneficios.

Respecto a los seguros

Nosotros presentamos las reclamaciones de seguro de todos los pacientes con este beneficio. Nosotros aceptamos la asignación de beneficios del seguro, sin embargo, el saldo es responsabilidad tuya, ya sea que tu aseguradora pague o no. No podemos facturar a tu aseguradora a menos que nos brindes la información completa de tu seguro. Tu póliza de seguro es un contrato entre tú y la aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato. Si tu aseguradora no ha pagado el reclamo dentro de 45 días, el saldo total se te transferirá automáticamente. Ese saldo vencerá al momento de la facturación.

Agradecemos mucho tu pago al recibir los servicios. En caso de que tu aseguradora niegue el pago de algún servicio, tú eres responsable del mismo. Cualquier saldo no cubierto después de que el seguro haya pagado, vence a los 45 días.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, MASTERCARD, VISA, AMERICAN EXPRESS Pregúntanos acerca de las OPCIONES DE FACILIDADES DE PAGO SCARSDALE OFRECE LA OPCIÓN DE PLANES DE PAGO A PLAZOS, CON APROBACIÓN DE CRÉDITO. Doy mi consentimiento para una verificación de crédito.

Acepto que cualquier saldo no pagado después de 60 días tiene un cargo financiero anual del 18%. Además, acepto que este cargo financiero es igual al 1.5% de mi saldo pendiente por mes. Estoy consiente que si mi cuenta alcanza un estado de cobranza (90 días) y no hago ningún esfuerzo por liquidarla, mi cuenta será asignada a un abogado o agencia de cobranza. Si Scarsdale Dental Spa tiene que tomar medidas adicionales para cobrar mi cuenta, pagaré todo el costo de la cobranza, incluidos los costos de la corte y los honorarios de abogados, incurridos por Scarsdale Dental Spa. Doy mi consentimiento para que Scarsdale Dental Spa complete cualquier verificación de crédito si se considera necesario.

He leído la Filosofía Empresarial y Financiera. Entiendo, acepto y estoy de acuerdo con esta filosofía comercial y financiera.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Testigo de Scarsdale Dental Spa

Fecha

A. CIRCULA TUS RESPUESTAS (deja EN BLANCO si no entiendes la pregunta):

1. Sí No ¿Te encuentras en buen estado de salud?
 2. Sí No ¿Ha habido algún cambio en tu salud durante el último año? Explicar: _____

3. Sí No Sí No ¿Has estado hospitalizado o has tenido una enfermedad grave en los últimos 5 años? Explicar: _____

4. Sí No ¿Estás siendo tratado por un médico ahora? ¿De qué? _____

Nombre de tu médico: _____ Fecha del último examen médico: _____

B. ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA VEZ?

- | | |
|--|--|
| 5. Si No Dolores en el pecho | 15. Si No Mareos |
| 6. Si No Tobillos hinchados | 16. Si No Zumbido en los oídos |
| 7. Si No Dificultad para respirar | 17. Si No Dolores de cabeza frecuentes |
| 8. Si No Pérdida de peso reciente, fiebre, sudores nocturnos Tos | 18. Si No Desmayos |
| 9. Si No persistente, tos con sangre | 19. Si No Visión borrosa |
| 10. Si No Problemas de sangrado, fácil aparición de moretones | 20. Si No Convulsiones |
| 11. Si No Problemas de los senos nasales | 21. Si No Sed excesiva |
| 12. Si No Dificultad para tragar | 22. Si No Orinar frecuente |
| 13. Si No Dolor articular, rigidez | 23. Si No Boca seca |
| 14. Si No Ictericia | 24. Si No Apnea del sueño o ronquidos crónicos |

C. TIENES O HAS TENIDO:

- | | |
|--|--|
| 25. Si No Enfermedad cardíaca | 36. Si No VIH positivo o SIDA-ARC |
| 26. Si No Ataque cardíaco, defectos cardíacos | 37. Si No Tumores, cáncer |
| 27. Si No Soplo cardíaco | 38. Si No Artritis, reumatismo |
| 28. Si No Fiebre reumática | 39. Si No Enfermedad ocular |
| 29. Si No Derrame cerebral, endurecimiento de las arterias | 40. Si No Enfermedad de la piel |
| 30. Si No Presión arterial alta | 41. Si No Anemia |
| 31. Si No TB, enfisema u otras enfermedades pulmonares | 42. Si No Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea) |
| 32. Si No Hepatitis, A B C | 43. Si No Herpes |
| 33. Si No Problemas de estómago, úlceras | 44. Si No Enfermedades de riñón, vejiga |
| 34. Si No Diabetes | 45. Si No Tiroides, padecimientos suprarrenales |
| 35. Si No Prolapso de la válvula mitral | 46. Si No Historial de diabetes, problemas cardíacos, cáncer |

D. TIENES O HAS TENIDO:

- | | |
|--|---|
| 47. Si No Cirugías _____ | 52. Si No Radioterapia |
| 48. Si No Transfusiones sanguíneas _____ | 53. Si No Quimioterapia |
| 49. Si No Articulación artificial _____ | 54. Si No Válvula cardíaca protésica |
| 50. Si No Lentes de contacto _____ | 55. Si No Marcapasos |
| 51. Si No Atención psiquiátrica _____ | 56. Si No Píldoras anticonceptivas (solo mujeres) |
| | 57. Si No Embarazada o lactante (solo mujeres) |

E. TOMAS O HAS TOMADO:

58. Si No Drogas recreativas
 59. Si No Alcohol
 60. Si No Tabaco en cualquier forma
 61. Si No Pastillas para adelgazar Phen Phen o cualquier otra pastilla para adelgazar
 62. Si No Fosamax

F. VITAMINAS Y MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: LÁTEX, CUALQUIER FÁRMACO, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, METALES, JOYERÍA, ACRÍLICOS, etc. Enumera las alergias:

G. PARA TODOS LOS PACIENTES:

63. Si No ¿Tienes o has tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO figure en este formulario? Si es así, explica:

64. Si No ¿Alguna vez un médico o dentista te ha dicho que necesitas medicarte antes de algún tratamiento dental?

HISTORIAL DE SALUD DENTAL

H. Nombre de tu anterior dentista: _____ ¿Cuánto tiempo hace que te dio tratamiento por última vez? _____

65. ¿Es importante para ti mantener tus dientes? [Sí] [No] Si es así, ¿por qué? _____

66. En una escala del 1 al 10, siendo 10 el mejor, ¿como calificas a tu sonrisa?

67. En una escala del 1 al 10, siendo 10 el mejor, ¿como calificas tu salud bucal?

68. ¿Has experimentado alguno de los siguientes problemas?

Sangrado de encías [Sí] [No]

Mal aliento o sabor agrio en la boca [Sí] [No]

Sensaciones de ardor en la boca [Sí] [No]

Dolor en la mandíbula [Sí] [No],

¿Te resulta difícil abrir completamente la boca? [Sí] [No]

Chasquido o golpeteo de la mandíbula [Sí] [No]

¿Tú o tus padres padecen enfermedad de las encías? [Sí] [No]

¿Alguna vez usaste aparatos ortopédicos? [Sí] [No]

¿Cirugía bucal de cualquier tipo? [Sí] [No]

Sensibilidad al frío y al calor [Sí] [No]

Ronquidos[Sí] [No]

La comida se queda atrapada entre los dientes [Sí] [No]

Apretar o rechinar los dientes [Sí] [No]

Dolor/molestias alrededor de los oídos, los ojos, la cara [Sí] [No]

Rigidez en los músculos del cuello [Sí] [No]

¿Tú o tus padres usan dentaduras postizas/parciales? [Sí] [No]

¿Alguna vez te lesionaste la boca o la cabeza? [Sí] [No]

¿Fumas o masticas tabaco? [Sí] [No]

70. ¿Tener un tratamiento dental te da miedo o te pone nervioso? [Sí] [No] En caso afirmativo, ¿qué cosas en específico te molestan? _____

71. ¿Es importante para ti la brillantez de tus dientes? [Sí] [No]

72. Si pudieras cambiar algo de tu sonrisa, ¿cuál de las siguientes opciones quisieras?

Dientes más blancos [Sí] [No]

Cerrar espacio o espacios [Sí] [No]

Reemplazar dientes quebrados[Sí] [No]

Reemplazar los dientes faltantes [Sí] [No]

Reemplazar las coronas viejas [Sí] [No]

Quitar los empastes de plata [Sí] [No]

Quitar manchas en los dientes [Sí] [No]

Exceso en la exhibición de dientes [Sí] [No]

Reemplazar empastes de plástico viejos [Sí] [No]

Más alineados [Sí] [No]

Mostrar menos las encías [Sí] [No]

Remodelar/cambiar el tamaño de mis diente [Y] [No]

73. Fill in this question for us please: Where do you see your overall oral health and/or your smile in the next 5 to 10 years?

74. Favor de marcar con un círculo lo que es importante para ti, al tomar decisiones sobre tu salud dental.

Conveniencia

Finanzas

Lo que cubre el seguro

Miedo o ansiedad

Apariencia

Tiempo

Salud

Comodidad

Relación con el personal de atención dental

Calidad de atención

Explicaciones detalladas del tratamiento

Tecnología

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Scarsdale Dental Spa 700 White Plains Road Scarsdale, NY 10583

Tel 914.713.2424 Fax 914.713.1120 www.scarsdaledentalspa.com