

# FORMULARIO DE EXAMEN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

	ANTES DEL CITA FECHA:	EN LA OFICINA FECHA:
¿TIENEN / TENEN FIEBRE O SENTIRON CALIENTE O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS?	SI O NO	SI O NO
¿TIENES / TIENEN CORTA DURACIÓN DE LA RESPIRACIÓN O OTRAS DIFICULTADES DE RESPIRACIÓN?	SI O NO	SI O NO
¿USTED O LA PACIENTE TIENEN TOS? ‡	SI O NO	SI O NO
¿USTED O EL PACIENTE TIENEN UNA GRIPE COMO SÍNTOMAS, COMO EL DESGASTE GASTROINTESTINAL, EL DOLOR DE CABEZA O LA FATIGA?	SI O NO	SI O NO
¿USTED O EL PACIENTE EXPERIMENTARON LA PÉRDIDA RECIENTE DE SABOR O OLOR	SI O NO	SI O NO
¿HA ESTADO EN CONTACTO CON CUALQUIER PACIENTE POSITIVO CONFIRMADO DE COVID-19?	SI O NO	SI O NO
¿Tienes más de 60 años?	SI O NO	SI O NO
¿USTED O EL PACIENTE TIENEN ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, ENFERMEDADES PULMONARES, ENFERMEDAD RENAL, DIABETES O CUALQUIER TRASTORNO POR INMUNIDAD AUTOMÁTICA?	SI O NO	SI O NO
¿HA VIAJADO EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS A CUALQUIER REGIÓN AFECTADA POR COVID-19?	SI O NO	SI O NO

**\*RESPUESTAS POSITIVAS A CUALQUIERA DE ELLOS POBABLEMNTÉ INDICARIAN UNA DISCUSION MAS PROFUNDA CON LA DENTISTA ANTES DE PROCEDER CON EL TRATAMIENTO DENTAL.**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA PANDÉMICA COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_, a sabiendas y voluntariamente consiento que se complete el tratamiento dental de emergencia durante la pandemia de COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y aún ser altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas de virus.

Los procedimientos dentales crean agua pulverizada. No está claro cuánto tiempo puede permanecer en el aire la naturaleza ultra fina del aerosol, que puede transmitir el virus COVID-19.

• Me han informado de las pautas de los CDC y la ADA de que, según la pandemia actual, no se recomienda la atención dental no urgente. Las visitas al dentista deben limitarse al tratamiento del dolor, la infección, las afecciones que inhiben significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca y los problemas que pueden causar cualquier cosa mencionada anteriormente en los próximos 3 a 6 meses. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

• Confirmando que estoy buscando tratamiento para una afección que cumple con estos criterios. \_\_\_\_\_ (Inicial)

Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 enumerados a continuación:

- Fiebre
- Dificultad para respirar
- Pérdida del sentido del gusto o del olfato.
- Tos seca
- Nariz que moquea
- Dolor de garganta \_\_\_\_\_ (Inicial)

Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y los CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos 6 pies por un período de 14 días a cualquiera que lo haya hecho, y esto no es posible con la odontología. \_\_\_\_\_ (inicial)

• Verifico que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que han sido afectados por COVID-19. \_\_\_\_\_ (Inicial)

• Verifico que no he viajado a nivel nacional dentro de los Estados Unidos en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. \_\_\_\_\_ (Inicial)

\* Háganos saber si usted o su familiar son diagnosticados dentro de los siguientes 14 días después de su cita.

Nombre y fecha \_\_\_\_\_

# Registro de pacientes

Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:

Masculino

Mujer

Fiesta responsable: Uno mismo Otro \_\_\_\_\_

## Información del contacto

Dirección del paciente: Propio Otro \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Casa Móvil  
Trabajo Fax Notas: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Casa Móvil  
Trabajo Fax Notas: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Casa Móvil  
Trabajo Fax Notas: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Casa Móvil  
Trabajo Fax Notas: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## preferencias

Dentista: \_\_\_\_\_ Higienista: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

# Registro de pacientes

Dentista anterior: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Notas:

Referencia: \_\_\_\_\_ Fuente de referencia: \_\_\_\_\_

## Identificadores adicionales

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia #: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

# Seguro de Paciente

## Información del seguro primario

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Identificación del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza:  Uno mismo  Otro \_\_\_\_\_ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Solo cobertura para hijos dependientes

## Información del seguro del plan n.º 2

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Identificación del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza:  Uno mismo  Otro \_\_\_\_\_ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Solo cobertura para hijos dependientes

## Información del seguro del plan n.º 3

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Identificación del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

# Formulario de historial médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Relación de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

- Tuberculosis activa .....  sí  No
- Tos persistente de más de 3 semanas de duración .....  sí  No
- Tos que produce sangre .....  sí  No
- Ha estado expuesto a cualquier persona con tuberculosis. ....  sí  No

## Historial médico

¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? .....  sí  No

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Teléfono (incluido el código de área) \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

¿Tienes buena salud? .....  sí  No

¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año? .....  sí  No

En caso afirmativo, ¿qué condición se está tratando? \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? .....  sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál era la enfermedad o el problema? \_\_\_\_\_

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? .....  sí  No

En caso afirmativo, enumere todos, incluidas las vitaminas, los preparados naturales o a base de hierbas y/o los suplementos dietéticos.

\_\_\_\_\_

¿Usas lentes de contacto? .....  sí  No

Reemplazo de la articulación. ¿Ha tenido algún reemplazo ortopédico de articulación total (cadera, rodilla, codo, dedo)? .....  sí  No

Fecha \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿ha tenido alguna complicación? \_\_\_\_\_

¿Está tomando o tiene programado comenzar a tomar alguno de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget? .....  sí  No

Desde 2001, ¿fue tratado o está actualmente programado para comenzar un tratamiento con bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? .....  sí  No

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_

¿Utiliza sustancias controladas (drogas)? .....  sí  No

¿Utiliza tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)? .....  sí  No

Si es así, ¿está interesado en detenerse? MUY / ALGO / NO INTERESADO \_\_\_\_\_

¿Tomas bebidas alcohólicas? .....  sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuánto bebe normalmente en una semana? \_\_\_\_\_

**SOLO MUJERES. Eres tú:**

Embarazada .....  sí  No

Numero de semanas \_\_\_\_\_

¿Tomar pastillas anticonceptivas o reemplazo hormonal? .....  sí  No

¿Enfermería? .....  sí  No

**Alergias, ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a**

anestésicos locales .....  sí  No

Aspirina .....  sí  No

Penicilina u otros antibióticos .....  sí  No

Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir. ....  sí  No

Drogas de sulfa .....  sí  No

Codeína u otros narcóticos .....  sí  No

Rieles .....  sí  No

Goma de látex) .....  sí  No

Yodo .....  sí  No

Fiebre del heno/estacional .....  sí  No

animales .....  sí  No

Comida .....  sí  No

Otro .....  sí  No

En otro caso, por favor especifica: \_\_\_\_\_

**Enfermedad cardíaca congénita (CHD): indique si ha tenido o no alguno de los siguientes:**

Válvula cardíaca artificial (prótesis) .....  sí  No

Endocarditis infecciosa previa .....  sí  No

Válvulas dañadas en corazón trasplantado .....  sí  No

Cardiopatía congénita (CC) .....  sí  No

CC cianótica no reparada .....  sí  No

Reparado (completamente) en los últimos 6 meses .....  sí  No

CHD reparado con defectos residuales ....  sí  No

**Otras enfermedades y condiciones: indique si ha tenido o no alguna de las siguientes:**

Enfermedad cardiovascular .....  sí  No

Angina de pecho .....  sí  No

Arteriosclerosis .....  sí  No

Insuficiencia cardíaca congestiva .....  sí  No

Válvulas cardíacas dañadas .....  sí  No

Ataque al corazón .....  sí  No

Soplo cardíaco .....  sí  No

Presión arterial baja .....  sí  No

Alta presión sanguínea .....  sí  No

Otros defectos cardíacos congénitos .....  sí  No

Prolapso de la válvula mitral .....  sí  No

Marcapasos .....  sí  No

Fiebre reumática .....  sí  No

Cardiopatía reumática .....  sí  No

Sangrado anormal .....  sí  No

Anemia .....  sí  No

Transfusión de sangre .....  sí  No

Si es así, fecha \_\_\_\_\_

Hemofilia .....  sí  No

SIDA o VIH .....  sí  No

- Artritis .....  sí  No
- Enfermedad autoinmune .....  sí  No
- Artritis Reumatoide .....  sí  No
- Lupus eritematoso sistémico .....  sí  No
- Asma .....  sí  No
- Bronquitis .....  sí  No
- Enfisema .....  sí  No
- problema de los senos paranasales .....  sí  No
- Tuberculosis .....  sí  No
- Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia .....  sí  No
- Dolor torácico al esfuerzo .....  sí  No
- Dolor crónico .....  sí  No
- Diabetes tipo I o II .....  sí  No
- Desorden alimenticio .....  sí  No
- Desnutrición .....  sí  No
- Enfermedad gastrointestinal .....  sí  No
- Reflujo GE/acidez estomacal persistente ..  sí  No
- Problemas tiroideos .....  sí  No
- Carrera .....  sí  No

- Glaucoma .....  sí  No
- Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática .....  sí  No
- Epilepsia .....  sí  No
- Desmayos o convulsiones .....  sí  No
- Desórdenes neurológicos .....  sí  No
- En caso afirmativo, por favor especifique
- Desorden del sueño .....  sí  No
- Trastornos de salud mental .....  sí  No
- Especificar \_\_\_\_\_
- Infecciones recurrentes .....  sí  No
- tipo de infección \_\_\_\_\_
- Problemas de riñón .....  sí  No
- Sudores nocturnos .....  sí  No
- Osteoporosis .....  sí  No
- Glándulas inflamadas persistentes en el cuello .....  sí  No
- Fuertes dolores de cabeza/migrañas .....  sí  No
- Pérdida de peso severa o rápida .....  sí  No
- Enfermedad de transmisión sexual .....  sí  No
- micción excesiva .....  sí  No

**Premedicación**

¿Le ha recomendado un médico o dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? .....  sí  No

Nombre del médico o dentista que hace la recomendación (incluya el número de teléfono) \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que cree que debería saber? ...  sí  No

Por favor explique \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente/tutor legal

REGLA ÓMNIBUS HIPAA

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
Y CONSENTIMIENTO / FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN UMffED

Puede negarse a firmar este acuse de recibo y autorización es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, <u>imprima</u> su nombre	Por favor, su nombre
-------------------------------------	----------------------

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente vigente para este centro de atención médica. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original. MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO UNA LIBERACIÓN DE DOCUMENTOS DE PHI EN CASO DE QUE SOLICITE TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS QUE SE ENVÍEN A OTROS MÉDICOS / FACIUTYS TRATANTES EN EL FUTURO.

Representante	Legal Descripción de Autoridad
---------------	--------------------------------

Sus comentarios con respecto a los Agradecimientos o Consentimientos:

¿CÓMO DESEA QUE SE LE DIRIJA CUANDO SEA CONVOCADO DESDE EL ÁREA DE RECEPCIÓN?

Nombre Sólo    Nombre propio    Sí    Nombre    Otro

POR FAVOR, ENUMERE CUALQUIER OTRA PARTE QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD:

(Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN DE DESIGNMENTS A TRAVÉS DE:

<input checked="" type="checkbox"/> Confirmación del teléfono celular	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular
<input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono residencial	<input type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico
<input checked="" type="checkbox"/> Confirmación del teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SE TRANSMITA A TRAVÉS DE:

<input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono celular	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular
<input checked="" type="checkbox"/> Confirmación del teléfono residencial	<input type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico
<input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores

APRUEBO SER CONTACTADO SOBRE SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ESFUERZOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS O NUEVA INFORMACIÓN DE SALUD en nombre de este Centro de

Atención Médica a través de:

<input type="radio"/>	Mensaje telefónico	<input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores
<input type="radio"/>	Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores (opt out)

o Correo electrónico

Al firmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente de HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su mejor salud. La oficina de ThÉ puede o no recibir remuneración de terceros de estas empresas afiliadas. Nosotros, bajo la Regla Ómnibus actual de HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Office Use Only

Como Oficial de Privacidad, intenté obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento, pero no

lo hice porque: Fue una amenaza de emergencia.

No pude comunicarme con el paciente

El paciente se negó a firmar

El paciente no pudo firmar porque Otro (por favor describa)

Firma del Oficial de Privacidad

**Delaware Dental**  
**AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN**  
OPCIONES DE PAGO

**POR FAVOR ELIGE UNO:**

*Estaré pagando mi copago estimado y cualquier deducción aplicable solo en el momento del tratamiento y mi número de tarjeta de crédito se mantendrá archivado. .Por la presente: autorizo a Delaware*

*Dental, para mantener mi firma archivada y para cargar en mi cuenta de tarjeta de crédito todos y cada uno de los honorarios de tratamiento restantes después de que mi compañía de seguros haya procesado mi reclamo, ninguna equilibrio aún restante después de 60 días; Delaware Dental acuerda hacer cada esfuerzo razonable para informarme antes de realizar esta transacción.*

\_\_\_\_\_  
del titular de la tarjeta. Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección del titular de la tarjeta (calle)

\_\_\_\_\_  
Dirección del titular de la tarjeta (ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
Teléfono del titular de la tarjeta

MasterCard Visa AMEX Descubrir

\_\_\_\_\_  
Número de cuenta de tarjeta de crédito

(Código CV) \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Odontología de Delaware

## Consentimiento para 'Servicios y Política Financiera

Como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su atención y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

### GENERAL

Gracias por elegir nuestra práctica como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le solicitamos que lea y firme antes del tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información y seguro antes de ver al médico.

ACEPTAMOS EFECTIVO, VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER & CARE CREDIT

**SEGURO DENTAL:** Nuestra oficina con gusto trabajará con usted para ayudarlo a obtener el máximo beneficio disponible para usted. La mayoría de los planes de seguro dental no cubren el 100 % del costo de su tratamiento. Por lo tanto, se espera que usted pague su deducible y su copago *ESTIMADO el día en que se presten los servicios*. Presentaremos rápidamente su reclamo de seguro. Existen muchas variables de un proveedor a otro (es decir, deducibles, máximos anuales, limitaciones de tarifas permitidas, procedimientos no cubiertos y otras restricciones), por lo tanto, no podemos garantizar ningún cargo estimado. Porque tu seguro es un acuerdo entre usted y la compañía de seguros, en última instancia, usted es responsable de todos los cargos. Tenga en cuenta que haremos todo lo posible para asegurarnos de que reciba todos los beneficios de su compañía de seguros. Si por algún motivo su compañía de seguros no ha pagado su parte estimada dentro de los 60 días desde el inicio del tratamiento, usted es responsable del pago total en ese momento. El tratamiento podría modificarse si cambian sus necesidades dentales. El paciente será notificado de cualquier cambio en el tratamiento. Después de que se haya enviado un estado de cuenta y se deje un saldo en la cuenta después de 60 días, se cargará a la tarjeta de crédito mantenida en archivo por cualquier saldo superior a 60 días.

### SOBRE LOS PLANES DE SEGUROS DONDE SOMOS PROVEEDOR PARTICIPANTE

Todas las porciones y deducibles ESTIMADOS deben pagarse antes del tratamiento. En caso de que SU cobertura de seguro cambie a un plan en el que somos un proveedor no participante, consulte el párrafo anterior. Usted es responsable de informar a esta oficina si tiene un cambio en la cobertura de su seguro antes de su cita.

### TARIFAS HABITUALES Y COSTUMBRES

nuestra práctica está comprometida en brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros.

### PACIENTES ADULTOS

Los pacientes adultos son responsables del pago completo al momento del servicio.

### PACIENTES MENORES

El adulto que acompaña a menor y los padres (o tutores del menor) son responsables del pago total. Para los menores no acompañados, se denegará el tratamiento que no sea de emergencia a menos que los cargos hayan sido previamente autorizados para ser aprobados por Visa/MasterCard, American Express, Discover, Care Credit, o se haya verificado el pago en efectivo o cheque al momento del servicio.

### CITAS PERDIDAS

Le pedimos respetuosamente que nos avise con un mínimo de 48 horas para cancelar o reprogramar su cita. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio manteniendo las citas programadas.

**AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN;** Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y la registros de cualquier tratamiento o examen prestado a mí o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista (si mi seguro lo permite) o los beneficios del seguro de grupo dental que se me paguen a mí, entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Autorizo que mi información de pago personal (cheques o tarjetas de crédito utilizadas para realizar pagos en su cuenta) se mantenga en archivo, si es necesario, para restituir cualquier saldo 60 días de atraso.

Le doy mi permiso a usted o a su cesionario para llamarme por teléfono a mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. Acepto que me tomen fotos para usarlas con fines educativos, de capacitación y/o de marketing.

He leído las anteriores condiciones de tratamiento y pago y estoy de acuerdo con su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Delaware Dental**  
**ACUSE DE RECIBO DE**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

\*\*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento\*\*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia. del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
(Firma}

\_\_\_\_\_  
{Fecha}

**Sólo para uso de oficina**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener porque:

El individuo se negó a firmar

Barreras de comunicación prohibidas\_ obtención del acuse de recibo

Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento

Otro (especifique)

Delaware Dental  
**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social. \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B; AL PACIENTE: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.**

Propósito del consentimiento: al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este Consentimiento. Te animamos a leerlo cuidadosa y completamente antes de firmar este Cbrisent.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. esos cambios puede solicitar a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Odontología de Delaware

Teléfono: (409)333-1671

Correo electrónico: [officemanagengdelawaredental.org](mailto:officemanagengdelawaredental.org)

Dirección: 6330 Delaware Street, Beaumont, TX 77706

Acuerdo como lb Resolución de inquietudes: Entiendo que estoy entrando en una relación contractual con Doctor para atención profesional. Además, entiendo que las reclamaciones sin mérito y frívolas por negligencia médica/dental tener un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de la atención médica, y puede resultar en un daño irreparable para un proveedor de atención médica. Como contraprestación adicional por la atención profesional que me brindó el Doctor, yo, el paciente/tutor y/o mi representante, acepto no adelantar, directa o indirectamente, arty false, merit:less, y/o reclamo(s) frívolo(s) de negligencia médica/dental contra el Doctor.

Además, en caso de que se inicie o prosiga un caso meritorio de negligencia médica/dental o una causa de acción, yo, el paciente, y/o mi representante acordamos utilizar testigos expertos que practiquen principalmente la misma especialidad que el Doctor.

Además, acepto que estos testigos expertos serán miembros acreditados y cumplirán las pautas y/o el código de conducta definido para los testigos expertos por la Asociación Dental Estadounidense.

En consideración adicional por esto, el Doctor acepta las mismas estipulaciones.

Acuerdo mutuo para mantener la privacidad: Swamalatha Bathina DDS y Delaware Dental (colectivamente etiquetados "Dentista") acepta proporcionar tratamiento a \*Pallenr. El dentista se enorgullece de poder extender un mayor grado de privacidad de lo que exige la ley.

Las leyes de privacidad federales y estatales son complejas. Desafortunadamente, algunos consultorios dentales intentan encontrar lagunas en torno a estas leyes. Por ejemplo, los dentistas tienen prohibido por ley recibir dinero por vender listas

de pacientes o médicos.  
información a empresas para comercializar sus productos o servicios directamente a los pacientes sin autorización. Algunas prácticas dentales, sin embargo, pueden eludir legalmente esta limitación haciendo que un tercero realice la comercialización. Si bien los datos personales nunca están técnicamente en posesión de la empresa que vende sus productos o servicios, el paciente aún puede ser dirigida con información de marketing no deseada. El dentista cree que esto es incorrecto y puede no ser lo mejor para los pacientes. En consecuencia, el dentista acepta no proporcionar información médica/dental con el fin de comercializar directamente a paciente. Independientemente de las lagunas legales de privacidad. El dentista nunca intentará aprovechar su relación con el paciente buscar el consentimiento del paciente para comercializar productos para otros. Queremos sus comentarios. Si nuestra oficina lo hace bien, díganoslo. Si pudiéramos hacer algo mejor, díselo.nosotros.Tomamos calidad mejora en serio. Si nuestra oficina lo hace bien, díganoslo. Si pudiéramos hacer algo mejor, díselo.nosotros.Tomamos calidad mejora en serio. Si nuestra oficina lo hace bien, díganoslo. Si pudiéramos hacer algo mejor, díselo.nosotros.Tomamos calidad mejora en serio. Hagámoslo bien. Podemos hacer recomendaciones sobre qué sitios cumplen con los estándares mínimos de equidad y equilibrio. Pregúntenos.

Este Acuerdo estará vigente y exigible por un período de cinco años a partir de la última fecha de servicio del Dentista a Paciente. Como política del consultorio, el dentista requiere que todos los pacientes en su práctica firmen el Acuerdo mutuo para establecer que cualquier publicación o transmisión de comentarios anónimos o seudónimos estará cubierta por este convenio para todos los pacientes de Dentists. Además, este Acuerdo sobrevivirá por un mínimo de tres años más allá de cualquier terminación del Dentista-Paciente. euforia

El Paciente y el Dentista reconocen que el incumplimiento de este Acuerdo puede resultar en un daño grave e irreparable. El paciente y el dentista aceptan el derecho a una reparación equitativa (incluida, entre otras, la reparación in] untiva). En caso de incumplimiento de este acuerdo resulte en un litigio, la parte vencedora en el litigio tendrá derecho a costos, gastos y honorarios de abogados razonables asociados con el litigio.

Se le ha dado al paciente la oportunidad de hacer preguntas y recibir explicaciones satisfactorias y adecuadas.

FIRMA

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido: plena oportunidad. para leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de. Prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si este Consentimiento está firmado por un representante personal en nombre de la mitad del paciente, complete lo siguiente:

representante personal

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con

Paciente: \_\_\_\_\_

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO

Derecho a Revocar: Tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento dándolo.nosotrosaviso por escrito de su revocación enviada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado en función de este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco mi Consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que la revocación de mi Consentimiento no afectará ninguna acción que haya tomado en base a mi Consentimiento antes de recibir este Aviso de revocación por escrito. También entiendo que puede negarse a tratarme o continuar tratándome después de que haya revocado mi Consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_