

## REGISTRO DE PACIENTES

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono residencia \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ N° de seguro social \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_  
Dentista, ortodoncista, endodoncista o periodoncista remitente \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección (Código postal) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (Por favor, facilítenos sus tarjetas del seguro DENTAL y MEDICO)

Plan **dental** principal \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado principal \_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nac. del asegurado \_\_\_\_\_ Cédula del asegurado \_\_\_\_\_  
N° de seguro social del asegurado \_\_\_\_\_ Dirección del centro de reclamaciones \_\_\_\_\_

Gracias por elegir Chevy Chase Implant & Oral Surgery como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a establecer una relación médico-paciente satisfactoria con usted y su familia. Es importante para nuestra relación profesional que comprenda claramente nuestra Política Financiera para Pacientes. Por favor comprenda que el pago de los servicios forma parte de esa relación. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, nuestras políticas o sus responsabilidades, no dude en preguntarnos. Tiene la responsabilidad de notificar a nuestra oficina cualquier cambio en la información del paciente (por ejemplo, dirección, nombre, información del seguro, etc.).

**El pago se debe realizar en el momento del servicio.** Le pediremos que realice el pago en la fecha en que se presten los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y tarjetas de débito. En el caso de nuestros pacientes infantiles, deberá enviar el pago con la persona que lleve al niño a la cita. El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, NO somos parte de este contrato y facturaremos a su compañía de seguros principal como cortesía hacia usted. Sin embargo, la oficina se compromete a hacer todo lo posible por trabajar directamente con su seguro para obtener todo el reembolso disponible de los seguros por el servicio prestado. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros podría pagar, es la compañía de seguros la que toma la decisión final sobre su elegibilidad y sus beneficios. **Usted será responsable de pagar el saldo completo cuando un reclamo siga sin pagarse después de 180 días.**

**Paciente sometido a biopsia.** Este consultorio envía todas las biopsias al patólogo para ser examinadas. Recibirá una factura separada del laboratorio de patología y aunque esta factura normalmente está cubierta por su seguro médico, en algunos casos es posible que su seguro no la cubra. El pago de la factura de patología es su responsabilidad.

**Paciente de Medicare.** Este consultorio es de exclusión voluntaria con Medicare. Ni el consultorio ni el paciente pueden presentar una reclamación a Medicare por ningún servicio prestado a un beneficiario de Medicare durante el periodo de exclusión voluntaria. Esto se considerará un contrato privado.

La política de nuestra oficina establece que todas las cuentas vencidas deben liquidarse a los 180 días de la fecha del servicio. Le enviaremos tres notificaciones durante este periodo. Si la cuenta lleva más de 180 días vencida, se aplicará un recargo financiero del **2,5 % mensual**. Si no se realiza el pago de esta cuenta y no se llega a una solución, la cuenta se enviará a una agencia de cobro. En caso de que una cuenta se remita a cobranza, la persona financieramente responsable de la cuenta será responsable de todos los costos de cobranza (hasta el 50 % del saldo total), incluidos los honorarios de los abogados y las costas judiciales. Esto no se hará hasta que hayan transcurrido más de 180 días desde la prestación de servicios.

Por la presente autorizo a Chevy Chase Implant & Oral Surgery a divulgar información sobre mi examen y tratamiento a mis otros médicos y/o compañías de seguros en relación con los tratamientos que yo o mis dependientes recibamos, y por la presente asigno al dentista todos los pagos por los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Estoy de acuerdo con que se dejen mensajes en mi teléfono y/o celular en relación con mi cita. También, permito que se envíe correspondencia por correo electrónico sobre mi tratamiento médico/dental a otros dentistas o médicos. Entiendo que el correo electrónico no es un método de comunicación confidencial y que puede ser interceptado por terceros o transmitido a personas no deseadas.

Por la presente, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener con respecto a este Aviso. He leído los párrafos anteriores y comprendo mis responsabilidades financieras tal y como se describen anteriormente. Al firmar a continuación, acepto los términos y condiciones anteriormente mencionados.

PASAR PÁGINA

Firma (Paciente o Padre/Tutor si es menor de edad)

Fecha

# FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Actualización del historial medico: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

**¿Tiene o ha tenido alguna vez...?: Marque con un círculo Sí o NO, y si la respuesta es Sí, especifique los detalles.**

Reflujo Acido	Sí	No	Soplo Cardíaco / Latido Cardíaco Irregular	Sí	No
TDAH/Autismo	Sí	No	Cirugías cardíacas/Reparación de válvula cardíaca/ataque cardíaco (Año)	Sí	No
Ansiedad / Trastorno Bipolar / Depresión / Enfermedad mental	Sí	No	Discapacidad Auditiva	Sí	No
Artritis o Enfermedad articular	Sí	No	Hepatitis A / Hepatitis B / Hepatitis C	Sí	No
Asma	Sí	No	Hipertensión Arterial	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Sí	No
Trastorno hemorrágico / Anemia / Tendencia hemorrágica	Sí	No	Enfermedad renal/Diálisis (Si es actual, última fecha de diálisis)	Sí	No
Cáncer/Quimioterapia/Radiación (en caso afirmativo, año)	Sí	No	¿Osteoporosis/Osteopenia/Osteonecrosis? (Indique los medicamentos a continuación)	Sí	No
Tos crónica / Bronquitis / EPOC	Sí	No	Dolor o Chasquido en las mandíbulas al comer	Sí	No
Colitis/Enfermedad de Crohn	Sí	No	Embarazada (actualmente) / Amamantando (actualmente)	Sí	No
Cardiopatía Congénita	Sí	No	Prótesis articulares (Rodilla/Cadera/Válvula Cardíaca/Marcapasos) (Año)	Sí	No
Lentes de contacto	Sí	No	Fiebre Reumática	Sí	No
Convulsiones/Epilepsia	Sí	No	Problema de Senos Paranasales	Sí	No
Válvulas cardíacas dañadas / Prolapso de la válvula mitral	Sí	No	Apnea del Sueño	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Fumar / Masticar Tabaco (ahora / lo ha dejado)	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Accidente cerebrovascular (En caso afirmativo, año)	Sí	No
Enfermedad ocular / Glaucoma	Sí	No	Enfermedad Tiroidea	Sí	No
Fiebre del Heno	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No

**MEDICAMENTOS: ¿Está tomando alguno de los siguientes? Indique TODOS los medicamentos que está tomando actualmente en otra sección.**

Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)    Sí    No    Píldoras anticonceptivas    Sí    No    Insulina    Sí    No

Bisfosfonatos, medicamentos antiangiogénicos y/o antirresortivos para la osteoporosis, el mieloma múltiple u otros tipos de cáncer    Sí    No

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS: ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa? Enumere cualquier alergia a medicamentos que no se haya mencionado anteriormente.**

Aspirina    Sí    No    Látex    Sí    No    Valium    Sí    No

Codeína/narcóticos    Sí    No    Anestésicos locales    Sí    No    Antibióticos Especifique a continuación.    Sí    No

Huevos / Yema    Sí    No    Medicamentos con sulfa / Sulfitos    Sí    No

¿Otros? Sí No. En caso afirmativo, indíquelos todos.

**Entiendo la importancia de proporcionar un historial médico veraz y completo para ayudar a mi dentista a brindarme la mejor atención posible. Según mi entender y conocimiento, la información anterior es completa y correcta.**

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha