Summerlin SMILES

General & Cosmetic Dentistry
9525 W. Russell Rd. Ste 100
Las Vegas, NV 89148

Información Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido, Primer Inicial del Segundo Nombre (Nombre preferido)

Sexo: _____ ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Niño/a ☐ Otra: _____

Numbero Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____

Dirección de la casa: _____
Calle Apartamento #

_____
Ciudad Estado Código Postal

Correo Electronico: _____

Iniciales _____

Cambio de políza en la oficina: Yo comprendo que desde ahora habrá un cargo de $25 dólares por paciente, si cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación. Apreciamos su entendimiento y paciencia mientras que implementamos esta nueva política.

Historia de Salud

¿Cúando fue su última visita al dentista?: _____ ¿Pórque está aqui ahora?: _____

¿Usted ha tenido algunavez lo siguiente? Por favor marque el que apliqie:

- ☐ SIDA
- ☐ Alergias _____
- ☐ Anemia
- ☐ Arthritis
- ☐ Coyonturas artificiales
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedad de Sangre
- ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes
- ☐ Mareos
- ☐ Epilepsia
- ☐ Sangrado Excesivo
- ☐ Desmayos
- ☐ Glaucoma
- ☐ Crecimientos
- ☐ Fiebre Reumatica
- ☐ Lesiones en la Cabeza
- ☐ Enfermedad Cardîaca
- ☐ Murmullos de Corazón (Soplos)
- ☐ Hepatitis _____
- ☐ Alta Presion
- ☐ Ictericia
- ☐ Enfermedad del Riñón
- ☐ Enfermedad del Higado

Trastorno Mental

- ☐ Desorden nervioso
- ☐ Marcapasos
- ☐ Esta usted embarazada Fecha de Parto: _____
- ☐ Tratamiento de Radiacion
- ☐ Problemas Respiratorios
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Reumátismo
- ☐ Problemas del Seno Nasal
- ☐ Problemas del Estómago
- ☐ Ataque al Corazón
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tumores
- ☐ Problemas de la Tiroides
- ☐ Ulceras
- ☐ Enfermedad Venérea
- ☐ Alergia a la Codeína
- ☐ Alergia a Penicilina

OTRA:

- ☐ _____
- ☐ _____

- Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No
  Si contesta afirmativamente, explique: _____
- Durante los últimos dos (2) años ha sido hospitalizado? ☐ Sí ☐ No
  Si contesta afirmativamente, explique: _____
- Está ahora bajo atención médica ☐ Sí ☐ No El nombre y domicilio de el médico: _____
  Si contesta afirmativamente, explique: _____
- Lista de medicamentos: _____
- Tiene usted alguna problema de salud no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber? ☐ Sí ☐ No
  Si contesta afirmativamente, explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas e información anteriores proporcionadas están verdaderas y correctas. Si tengo alguín cambio en mi salud, informaré a los doctores en la cita siguiente sin falta.

_____ Fecha: _____
FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DEL EDAD)

Información de remisión

¿Aquién podemos agradecer por referirle a nuestra práctica? ☐Otro paciente, amigo ☐Otro paciente, familia

Nombre de la persona o de la oficina que le refirio a nuestra práctica: _____

☐ Oficina Dental ☐ Paginas Amarillas ☐ Periódico ☐ Escuela ☐ Trabajo ☐ Otra _____

Summerlin SMILES

General & Cosmetic Dentistry
9525 W. Russell Rd. Ste 100
Las Vegas, NV 89148

Información de empleo

Lo que sigue es para:

Nombre del Patrón:_____ Ocupación: _____

Domicilio:_____

Calle Ciudad, Estado Código Postal teléfono

Información de la Persona Responsable

Lo que sigue es para:

Nombre: _____

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Niño/a ☐ Otra _____

Numbero Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____

Domicilio:_____

Calle Apartamento #

_____

Ciudad Estado Código Postal

Información del Seguro

Primario

Nombre de asegurado: _____ Se asegura el paciente? ☐ Yes ☐ No

Apellido Primer Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección de la casa del asegurado: _____

Calle Ciudad Estados Código Postal

Numero de Teléfono del empleador: _____

Dirección de la compañía del empleador: _____

Calle Ciudad Estados Código Postal

Relación del paciente con el asegurado: ☐ Mismo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Otra

Nombre y Dirección de la compañía del seguro:_____

Secundario

Nombre de asegurado: _____ Se asegura el paciente? ☐ Yes ☐ No

Apellido Primer Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento de Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección de la casa del asegurado: _____

Calle Ciudad Estados Código Postal

Numbero de Teléfono del empleador: _____

Dirección de la compañía del empleador: _____

Calle Ciudad Estados Código Postal

Relación del paciente con el asegurado: ☐ Mismo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Otra

Nombre y Dirección de la compañía del seguro:_____

Consentimiento para los Servicios

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO. Por la presente, autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al médico el monto adeudado en mi reclamo por servicios prestados a mí o a mis dependientes. También estoy de acuerdo en que si la cantidad es insuficiente para cubrir el gasto dental completo incurrido, seré responsable del pago de la diferencia; y si por alguna razón no está cubierto por la políza, seré responsable ante el médico por el pago de la factura completa.

Como contraprestación por los servicios profesionales prestados a mí, o a petición mía, por parte del Doctor, acepto pagar cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. Por alguna razón, que no puedo pagar mi saldo en su totalidad, los arreglos financieros deben realizarse entre mí y la oficina dental. Me obligo a todos los arreglos financieros realizados y entiendo que un cargo financiero de $ 10 por mes se aplicará a mi saldo si se producen desviaciones del acuerdo financiero entre mí y la oficina dental.

CHEQUES DEVUELTOS: Se cobrará un cargo por cheque devuelto de $25 por cada cheque devuelto sin pagar por su banco. Si eso sucede, solo aceptaremos pagos en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito. Si no realiza la restitución total de un cheque NSF, de conformidad con NRS 205.130, estamos obligados a enviar su información al Fiscal del Condado de Clark para sanciones legales.

COLECCIONES: Si fuera necesario iniciar un proceso legal para cobrar cualquier monto impago, seré responsable de todos los cobros (25% del monto no pagado) y / o honorarios legales (50% del monto impago) incurridos en el proceso.

He leido las condiciones antedichas del tratamiento y del pago y convengo su contenido.

_____ Fecha: _____ Relacion al Paciente: _____

Firma del paciente, del padre o del guardian

Summerlin SMILES

General & Cosmetic Dentistry
9525 W. Russell Rd. Ste 100
Las Vegas, NV 89148

Política de asistencia

Esta política de asistencia tiene como objetivo garantizar el éxito de su salud bucal. Cuanto más constante y comprometido sea con la asistencia a sus citas programadas, mejor será su salud bucal.

Recordatorios de confirmación
Como cortesía a nuestros pacientes, solemos enviar mensajes de texto y/o correos electrónicos de recordatorio una vez programada la cita, un mes antes de la misma, una semana antes y tres días antes. Los pacientes pueden confirmar la cita respondiendo con una "C" al mensaje de texto o haciendo clic en el botón de confirmación del correo electrónico. Si no recibimos respuesta del paciente por mensaje de texto o correo electrónico, realizaremos una llamada de cortesía dos días antes de la cita programada. Es responsabilidad del paciente confirmar la cita por mensaje de texto, correo electrónico o llamando a nuestra oficina 48 horas antes de la hora programada. Si la cita no se confirma después de la última llamada de cortesía, esta podrá ser cancelada.

Si los pacientes desean recibir mensajes de texto, es su responsabilidad activar esta opción para recibir las notificaciones. Si un paciente desactiva accidentalmente la recepción de mensajes de texto, es su responsabilidad informar a la clínica para que se reactive el servicio.

Si cambia la información de contacto del paciente, es su responsabilidad actualizarla en nuestra clínica. (Consulte el reverso de esta página para actualizar su información de contacto). Summerlin Smiles no puede garantizar el mantenimiento de la cita del paciente si la información de contacto registrada no ha sido actualizada por el paciente o la persona responsable.

Cancelaciones
Se agradece que se avise con 24 horas de antelación para las cancelaciones, de modo que podamos atender a todos los pacientes. La política de asistencia se aplica a los pacientes que cancelan su cita con menos de 24 horas de antelación. Esta política no se aplica a las cancelaciones notificadas con más de 24 horas de antelación. Entendemos que las enfermedades son impredecibles, por lo que requerimos un aviso mínimo de 2 horas para cancelaciones por enfermedad o emergencia.

Política de inasistencia
Se considera inasistencia cuando un paciente no avisa con antelación. La inasistencia se considera una cita perdida. Se aplicará un cargo de $25 por cada cita perdida o cancelada por cada miembro de la familia.

Después de tres inasistencias en un año, todas las citas se programarán únicamente para el mismo día. Los pacientes pueden llamar el día que estén disponibles para consultar la disponibilidad de citas en nuestra clínica.

Valoramos el tiempo que dedicamos a cada paciente y agradecemos su colaboración con nuestra política de cancelación.

He leído la Política de Asistencia y me comprometo a asistir a mis citas con regularidad y puntualidad:

Nombre del Paciente: _____

Relación al Paciente: _____

Firma:_____

Fecha: _____

Summerlin SMILES
General & Cosmetic Dentistry
9525 W. Russell Rd. Ste 100
Las Vegas, NV 89148

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICA PRIVADA

Entiendo que, bajo el aislamiento del seguro médico y Acto de la responsabilidad de 1996 (HIPPA), tengo cierto derecho a la intimidad con respecto a mi información de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

- En conducir, planear y dirigir mi tratamiento y continuar entre los múltiples proveedores de asistencia sanitaria que estén implicados en mi tratamiento directamente e indirectamente
- Obtener el pago de terceras personas
- Conducir operaciones normales del cuidado médico tales como exámenes de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entendido que su aviso del aislamiento de prácticas privadas contienen una descripción más completa de las aplicaciones y de las divulgaciones de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de las prácticas de aislamiento privacidad de vez en cuando y que puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección arriba para obtener una copia actual del aviso de las prácticas de aislamiento (privacidad).

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada sea utiliza o da divúlguela para realizar el tratamiento, el pago, u operaciones del cuidado médico. También entiendo que usted no requiere convenir a mis restricciones requerie, pero que si usted acepta, usted esta dispuesto a respetar mis restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relación al Paciente: _____

Firma:_____

Fecha: _____

Summerlin SMILES

General & Cosmetic Dentistry
9525 W. Russell Rd. Ste 100
Las Vegas, NV 89148

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO

DROGAS, MEDICAMENTOS, Y ANESTESIA:

Entiendo que los antibióticos, las analgesias, y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunos cuyo sea, pero no se limitana a, rojez e hinchazón de tejidos, dolor, picazón, vomito, mareos, aborto involuntario, fallo cardiaco.

Entiendo que los medicamentos, las drogas y los anestésicos pueden causar mareos y la carencia de coordinación, que se puede aumentar en el uso del alcohol y de drogas, he sido avisado de no consumir alcohol, ni condycir cualquier vehículo o dispositivo peligroso mientras que tome los medicamentos hasta recuperado completamente de sus efectos (ésta incluye un período por lo menos de veinticuatro [24] horas después de mi lanzamiento de la cirugía.)

Entiendo que de vez en cuando, con la inyección del anestésico local, puede haber prolongada, anestesia, entumecimiento, e irritación persistentes en las áreas de inyección. Entiendo que si selecciono para utilizar el óxido nitroso, el hidrato de “Atarax”, de Chloryl, “Zanax”, o cualquier otro sedativo, los riesgos posibles incluyen, pero no están limitados a, pérdida del sentido, obstrucción de la vía respiratoria, choque anafiláctico, y fallo cardiaco, entiendo que alguien necesita mantenerme bajo observación por un período de 8 a 10 horas, después de mi cita dental, para observar posibles efectos secundarios, tales como obstrucción de la vía respiratoria.

Iniciales ____

HIGIENE Y PERIODONTITIS (TEJIDO Y PERDIDA DE HUESO):

Entiendo que el éxito del tratamiento y del estado de mi condición oral depende de mis esfuerzos en la higiene oral apropiada (es decir cepillando y usando el hilo dental) y las visitas regulares de mantenimiento.

PERIODONTITIS - Entiendo que tengo una condición seria, causando la inflamación de mis encías y/o pérdida del hueso, y que puede llevar a la pérdida de mis dientes y de otras complicaciones, los varios planes del tratamiento se me han explicado a mí, incluyendo cirugía de las encías, los reemplazos y/o las entiendo, yo también entienden que aunque este el tratamiento tenga alto nivel de éxito, no pueden ser garantizados, de vez en cuando, los dientes pueden tratados requerir extracción.

Iniciales ____

ENTIENDO QUE NO SE HA OFRECIDO NINGUNA GARANTÍA O SUCESSO Y QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERÁ CURATIVO Y/ACERTADO A MIS SATISFACCIONES COMPLETAS. ACUERDO YO ESTOY DE COOPERAR TOTALMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY A SU CUIDADO, DA DO QUE CUALQUIER CARENCIA DE ELLA PODRÍA DAR LUGAR A RESULTADOS MENOS QUE ÓPTIMOS.

CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE LEER Y DE ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS Y LAS PALABRAS DENTRO DEL ANTEDICHO Y CONSIENTO A LAS PREGUNTAS, Y LAS HE TENIDO CONTESTÉ A MI SATISFACCIÓN.

ENTIENDO QUE ESTOS SERVICIOS DENTALES ESTÁN PROPORCIONADOS SIN LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN LA RAZA, RELIGIÓN, COLOR, ORIGEN NACIONAL, SEXO, ORIENTACIÓN SEXUAL, INHABILIDAD FÍSICA O MENTAL, EDAD O ESTADO CIVIL Y PROTEJEN LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.

Firma _____ Relación _____ Fecha_____

Paciente del representante legal

Doctor _____ Testigo_____

Summerlin SMILES

General & Cosmetic Dentistry
9525 W. Russell Rd. Ste 100
Las Vegas, NV 89148

Evaluación de Riesgo Opiod

Nombre del Paciente: _____Fecha de Nacimiento:_____

	Circule todo lo que se aplique:
HISTORIA FAMILIAR DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	
Alcohol	Si
Drogas Ilegales	Si
Medicamentos con receta	Si
ANTECEDENTES PERSONALES DE ABUSO DE SUSTANCIAS	
Alcohol	Si
Drogas Ilegales	Si
Medicamentos con receta	Si
¿Tienes entre 16 y 45 años?	Si
¿Tiene antecedentes de abuso sexual preadolescente?	Si
ENFERMEDADES PSICOLOGICAS	
ADD, OCD, bipolar, esquizofrenia	Si
Depresión	Si

Según mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, informaré a los médicos.

_____ _____

Firma del paciente/ guardián Fecha