

Bienvenido



york dental

www.yorkdental.com

1 INFORMACION SOBRE USTED

Fecha: ___/___/___ File #: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre MI.

Fecha Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Hombre Mujer Número Seguro Social: _____

Dirección Actual: _____

CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono de su casa: _____

Numero de Celular: _____

Teléfono de su trabajo: _____

¿Quién le refirió a la clínica? _____

Correo electrónico: _____

Empresa para la que trabaja: _____

Dirección: _____

CALLE CIUDAD ESTADO

Teléfono de su Empresa: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: Menor Soltero/a Casado/a Divorciado/a

Separado/a Viudo/a

Nombre de su esposo/a: _____

¿Tiene familiares que son pacientes de York Dental?

SI NO Nombre _____

3 SU CUENTA EN LA CLINICA

Persona responsable de esta cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO ZIP

SS#: _____

Licencia Conducir#: _____

Teléfono Trabajo: _____

Forma de pago: Cash Cheque

Indique el número de su tarjeta de crédito arriba (si es aceptada)

Yo autorizo y asigno los derechos y beneficios de mi aseguranza directamente al proveedor de los servicios que se me han realizado. Entiendo completamente que yo soy la persona responsable de hacer frente a cualquier pago no realizado por mi compañía aseguradora

Iniciales _____

Por favor, continúe por detrás

2 SU SEGURO DENTAL

SEGURO DENTAL PRINCIPAL

Nombre asegurado: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono: _____

Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

¿Tiene usted relación con el asegurado/a?: SI NO

¿Cuál? _____

Cia Aseguradora _____

Teléfono _____ #Grupo _____

¿TIENE OTRO SEGURO DENTAL?

Nombre asegurado: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono: _____

Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

¿Tiene usted relación con el asegurado/a?: SI NO

¿Cuál? _____

Cia Aseguradora _____

Teléfono _____ #Grupo _____

4 EN CASO DE EMERGENCIA

¿A quien avisaremos?: _____

Parentesco _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono Trabajo _____

¿Quién es su Doctor Médico?: _____

Teléfono de su Médico _____

5

INFORMACION DENTAL

Motivo de su visita: Exámen Urgencia Consulta

¿Tiene dolor? SI NO ¿Desde cuando? _____

Marque con una (X) si tiene algunos de los siguientes problemas dentales:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> le sangran las encías | <input type="checkbox"/> mal aliento | <input type="checkbox"/> rotura de dientes |
| <input type="checkbox"/> sensibilidad al tomar algo frio | <input type="checkbox"/> sensibilidad al tomar algo caliente | |
| <input type="checkbox"/> pérdida de rellenos | <input type="checkbox"/> otros | |

¿Requiere premedicación? SI NO NO LO SE

¿Ha visitado al dentista anteriormente? _____ ¿Cuanto tiempo hace? _____

¿Cual era su clínica dental anterior? _____

¿Cuantas veces se cepilla los dientes al día? _____ ¿Usa hilo dental? _____

6

HISTORIAL MEDICO

¿Está tomando en la actualidad alguno de los siguientes medicamentos?

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Para nervios | <input type="checkbox"/> Relajante muscular | <input type="checkbox"/> Tranquilizante | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Para el dolor | <input type="checkbox"/> Estimulantes | <input type="checkbox"/> Insulina | |

Marque con (X) si tiene alguno de los siguientes problemas de salud:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta/Baja presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Rumor de corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Válvulas | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de estomago |
| <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Artritis/Reuma | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Girugía seria |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Hepatitis |

Otras enfermedades no mencionadas: _____

¿Es alérgico a: Penicilina Tetraciclina Amoxicilina Aspirina
 Latex Anestesia Dental Otros

¿Es Fumador/a? SI NO ¿Utiliza lentes de contacto? SI NO

MUJER: ¿Esta embarazada? SI NO ¿Toma pastillas para control del embarazo? SI NO

¿Esta criando un bebé? SI NO

*** Nuestra póliza requiere el pago del trabajo el mismo día en que se brinden los servicios. Si la cuenta no se paga en los 90 días siguientes a la fecha de nuestros servicios usted será responsable si le cargan intereses o su cobro se envía a una Agencia de colección.**

*** Es usted libre de realizar cualquier pregunta referida a nuestros servicios para que el entendimiento entre el Dentista y el Paciente sea completo.**

*** Yo entiendo toda la información anterior y estoy de acuerdo y conforme con todo lo explicado.**

*** He recibido una copia de la Poliza de financiamiento de la clinica. _____ (Iniciales)**

Firma: _____

FECHA: ____/____/____



3205 West 76th St.
Edina, MN 55435

Teléfono 952-841-0122
Fax 952-896-0010

Reglamento Financiero

Gracias por elegir York Dental. Nuestro objetivo principal es proporcionar el mejor y más completo servicio dental posible. Una parte importante de ese objetivo es crear una forma de pago fácil y factible para nuestros pacientes del costo por la mejor atención médica ofreciéndoles diversas opciones de pago.

Opciones de Pago: York Dental requiere el pago el mismo día del servicio. Puede elegir pagar entre:

- De contado, Cheque, Visa, Mastercard ó Discover Card

Damos un descuento de cortesía del 5% a pacientes que pagan en efectivo ó con cheque antes de finalizar el tratamiento.

- Plan de Pago² SIN INTERÉS¹ con CareCredit

Permite pagar a plazos SIN INTERESES¹

Hay disponible también un plan conveniente de mensualidades bajas²

Sin cuotas anuales y sin sanciones por pagos avanzados

Favor de tomar en cuenta:

Para tratamientos que requieran varias citas, se ofrece acuerdo alternativo de pagos.

También ofrecemos financiamiento con York Dental para tratamientos con costo menor de \$1,000.00 al 18% de interés.

Para pacientes con seguro dental: Un seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Con gusto trabajamos con su compañía para maximizar sus beneficios así como enviarles directamente la cuenta del tratamiento para su pago.³ Los copagos y/ó descuentos cobrados en el día del servicio son estimados en base a un resumen básico de beneficios proporcionados por su compañía de seguros sin ser una garantía de beneficios. Usted es responsable por cualquier saldo pendiente. A petición suya, con gusto nosotros presentamos una solicitud de pre-autorización a su compañía de seguros antes de iniciar su tratamiento (preguntando acerca de la cobertura, exclusiones del plan y/ó limitaciones). Nuestra prioridad es ayudarle a conseguir la mejor salud oral posible y no permitiremos a las aseguradoras imponernos el plan de tratamiento.

Cobramos 21% de interés en toda cuenta vencida⁴.

Cobramos un cargo de \$40 a pacientes que faltan ó cancelan su cita sin previo aviso de 24-horas mínimo.

York Dental cobra \$25 por cheques devueltos ó sin fondos.

Si tiene alguna duda, por favor pregúntenos. Estamos para ayudarle a recibir el servicio dental que usted quiere ó necesita.

Firma del Paciente, Padre ó Tutor

Fecha

Nombre del Paciente (Usar letra de molde)

¹Si paga dentro del periodo de promoción. De lo contrario, se acumularán intereses a partir de la fecha de compra. Se requiere un pago mensual mínimo.

²Sujeto a que su crédito sea aprobado.

³Sin embargo, si no recibimos el pago de su aseguradora dentro de 30 días, usted será responsable por el pago de su tratamiento y el cobro directo de los beneficios con su compañía aseguradora.

⁴ Un saldo con más de 90 días puede ser enviado a un cobrador profesional. Los honorarios del cobrador, el costo legal y honorarios del tribunal (hasta 50% del total de la cuenta) relacionado con el cobro de su cuenta, se le cargarán a su cuenta en el momento del fallo judicial.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Número del Paciente: _____ Número del Seguro Social: _____

SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE - POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formato usted da su consentimiento del uso y divulgación de la información de su salud para realizar nuestro tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado de su salud.

Aviso de la Práctica de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso del Uso de la Privacidad antes que decida firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado de la salud y de los usos y divulgación que podemos hacer de la información protegida de su salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le recomendamos que lo lea y llene la información cuidadosamente antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas de privacidad descritas en el Aviso del Uso de la Privacidad después de emitir un Aviso modificado que contiene dichos cambios. Esos cambios pueden afectar cualquier información protegida de su salud que nosotros tendremos.

Puede obtener una copia de nuestros Avisos de Prácticas Privadas, incluyendo cualquier modificación de nuestros Avisos, en cualquier momento contactando a:

Persona de Contacto: SHIRLEY DUNN _____
Teléfono: 952-841-0122 _____ Fax: 952-896-0010 _____
Correo Electrónico: info@yorkdental.com _____
Dirección: 3205 WEST 76TH STREET, EDINA MN 55435 _____

Derecho de cancelación: Usted tendrá el derecho a cancelar este Consentimiento en cualquier momento presentando por escrito su petición de cancelación dirigida a la Persona de Contacto indicada arriba. Por favor entienda que la cancelación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que se tomó en relación al Consentimiento antes de nosotros recibir su cancelación y que podemos declinar a tratarle o continuar tratándole si usted cancela este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de Consentimiento y de sus Avisos de Prácticas Privadas. Entiendo que al firmar este documento de Consentimiento estoy otorgando mi consentimiento para el uso y divulgación de la información protegida de mi salud para su tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado de mi salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento es firmado por un representante legal del paciente proporcione los siguientes datos:

Nombre del representante legal: _____

Relación con el paciente: _____

TIENE EL DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMADO.

Incluir el Consentimiento total en el archivo del paciente.

CANCELACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo cancelo mi Consentimiento para su uso y divulgación de la información de mi salud para el tratamiento, las actividades de mis pagos y tratamientos de mi salud.

Entiendo que esta cancelación de mi Consentimiento *no* afectará ninguna acción que ustedes tomaron asociada a mi Consentimiento antes de haber recibido por escrito la notificación de esta Cancelación. También entiendo que ustedes pueden negarse a tratarme o continuar tratándome después de haber cancelado mi Consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____