

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Correo electrónico _____ SSN: _____ - _____ - _____

Nombre: _____ Teléfono Móvil _____
Apellido Nombre MI **Estamos autorizados a dejar mensajes en su dispositivo móvil?** ☐ Si ☐ No

Dirección: _____ Apt _____ Teléfono de casa _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____ Teléfono del Trabajo _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad ____ Sexo ____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Hijo

Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____ Empleador: _____

En caso de emergencia, contactar: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono _____

¿Alguno de los miembros de su familia es paciente de esta práctica? ☐ NO ☐ Sí, Nombre(s) y relación: _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL: ¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo? _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE: (¿quién es responsable de pagar el saldo?)

☐ YO, Lo mismo que la información del paciente

Nombre: _____ Edad _____ Teléfono de casa () _____
Apellido Primer nombre MI

Dirección: _____ Apt _____ Teléfono del trabajo () _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip _____ Teléfono Móvil () _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN ____ - ____ - ____ Email _____ Número de licencia de conducir: _____ Estado _____

Empleador: _____ Dirección del empleado _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

☐ TAJETA DE SEGURO DE ENTREGO

Nombre y dirección del plan de seguro primario: _____ Teléfono: _____

Dueño de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____
Apellido Nombre

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Relación con el asegurado: ☐ Yo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

Dirección del asegurado: _____ Número de teléfono: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador del asegurado: _____ Dirección: _____

AUTORIZACIONES Y CESIÓN DE LIBERACIÓN DE SEGUROS

Certifico que la información relativa a mi cobertura de seguro dental activa es correcta y soy responsable de actualizar mi seguro dental en caso de que se produzca algún cambio. Asigno todos los beneficios del seguro dental a los que tengo derecho en la medida permitida por mi(s) póliza(s) de seguro dental al dentista. Este formulario también autoriza a Glen Burnie Dental Group a enviar formularios de reclamo de seguro y recibir pagos directamente de mi compañía de seguros con la anotación "Firma en el archivo" "Signature on File".

Autorizo a mi(s) dentista(s) a divulgar registros de tratamiento, radiografías y cualquier otra información que se considere pertinente a mi compañía de seguros según sea necesario o solicitado. Me han informado del plan de tratamiento y los costos asociados. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios y materiales dentales no pagados por mi seguro dental.

En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades relacionadas con cualquier reclamo.

Por la presente autorizo y dirijo el pago de los beneficios dentales que de otro modo serían pagaderos a mí, directamente a Glen Burnie Dental Group o al dentista tratante.

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE

Durante su visita inicial, se realizará un examen completo para evaluar su salud dental. Se pueden utilizar rayos X y otras herramientas de diagnóstico para formular un plan de tratamiento preciso.

- Yo (Paciente/Parte Responsable) autorizo al Dentista o al personal designado que me trata a realizar las ayudas de diagnóstico que se consideren apropiadas para realizar un diagnóstico exhaustivo de mis necesidades dentales (o las de mis dependientes).
- Tras dicho diagnóstico, autorizo a los dentistas a realizar todos los tratamientos y procedimientos terapéuticos recomendados para incluir la administración de medicamentos recetados por los dentistas y acordados mutuamente por mí.

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Passa la pagina

HISTORIAL DENTAL:

¿Cuál es el motivo de esta cita? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla? _____

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Cuándo fue su última cita dental? _____

¿Para qué fue su última cita dental? _____

¿Cuándo fue tu última limpieza dental? _____

¿Cómo te gustaría mejorar tu sonrisa? _____

¿Le preocupa el tratamiento dental? _____

Sí No

¿Has tenido problemas con algún tratamiento dental anterior? ☐ ☐

¿Le sangran las encías al cepillarse o usar hilo dental? ☐ ☐

¿Te han dicho que tienes enfermedad de las encías? ☐ ☐

¿Tienes náuseas fácilmente? ☐ ☐

¿Tiene dificultad para masticar su comida? ☐ ☐

¿Sus dientes son sensibles a los alimentos / líquidos calientes? ☐ ☐

¿Sus dientes son sensibles a los alimentos / líquidos fríos? ☐ ☐

¿Usted Aprietas los dientes? ☐ ☐

¿Sufres de dolor en la mandíbula? ☐ ☐

¿Toma suplementos de flúor? ☐ ☐

HISTORIAL MÉDICO:

Sí No Fecha del último examen físico: _____

☐ ☐ ¿Actualmente bajo el cuidado de un médico?

-Si, NOMBRE DEL MEDICO: _____

☐ ☐ ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

-Si sí, por qué razón? _____

Por favor responda Sí o NO a las siguientes condiciones de salud:

Sí No

☐ ☐ Enfermedad cardiovascular ☐ ☐

☐ ☐ Angina

☐ ☐ Arteriosclerosis

☐ ☐ Valvula cardiaca artificial

☐ ☐ Cardiopatía congénita

☐ ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva

☐ ☐ Ataque al corazón

☐ ☐ Soplo cardíaco

☐ ☐ Presión arterial baja

☐ ☐ Alta presión sanguínea

☐ ☐ Colesterol alto

☐ ☐ Prolapso de la válvula mitral

☐ ☐ Marcapasos

☐ ☐ Fiebre reumática

☐ ☐ Anemia

☐ ☐ Transfusión de sangre

☐ ☐ Hemofilia

☐ ☐ SIDA

☐ ☐ Infección por VIH

☐ ☐ ITS _____

☐ ☐ Enfermedad autoinmune

☐ ☐ Artritis

☐ ☐ Artritis Reumatoide

☐ ☐ Asthma

Sí No

☐ ☐ Enfisema

☐ ☐ Problemas sinusales

☐ ☐ Tuberculosis

☐ ☐ Cancer

☐ ☐ Terapia de radiación

☐ ☐ Quimioterapia

☐ ☐ Diabetes tipo I

☐ ☐ Diabetes tipo II

☐ ☐ Claustrofobia

☐ ☐ Reflujo ácido (ERGE)

☐ ☐ Hipotiroidismo

☐ ☐ Hipertiroidismo

☐ ☐ Derrame Cerebral

☐ ☐ Glaucoma

☐ ☐ Hepatitis A/B

☐ ☐ Hepatitis C/D/E

☐ ☐ Epilepsia

☐ ☐ Convulsiones

☐ ☐ Alzheimer

☐ ☐ Demencia

☐ ☐ Osteoporosis

☐ ☐ Reemplazo de la articulación

☐ ☐ Herpes

☐ ☐ Herpes Labial

Sí No

☐ ☐ Depresión

☐ ☐ Ansiedad

☐ ☐ Alcoholismo

☐ ☐ Abuso de drogas / adicción

☐ ☐ Fumar

Alergias:

Sí No

☐ ☐ Aspirina

☐ ☐ Penicilina

☐ ☐ Amoxicilina

☐ ☐ Clindamicina

☐ ☐ Eritromicina

☐ ☐ Drogas sulfá

☐ ☐ Látex

☐ ☐ Otros: _____

Mujer:

Sí No

☐ ☐ Embarazada (avisar en frente)

Si, fecha de día de parto _____

☐ ☐ Amamantando

☐ ☐ Esta tomando anticonceptivos

Otras condiciones o problemas no mencionados anteriormente? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

¿Se ha proporcionado al personal una lista impresa separada de MEDICAMENTOS? ☐ No ☐ Si, Le he proporcionado a la oficina una lista de todos los medicamentos y suplementos que estoy tomando actualmente.

Esta tomando un BISFOSFONATO? ☐ No ☐ Si, _____ Un medicamento ANTICOAGULANTE? ☐ No ☐ Si, _____

Suplementos de venta libre: _____

FARMACIA _____

Nombre

Dirección

Teléfono: _____

He completado mi Formulario de registro de paciente nuevo según mi leal saber y entender. I Reconozco que cualquier cambio posterior es mi responsabilidad y me comprometo a proporcionar actualizaciones por escrito a la práctica dental durante mi próxima cita dental.

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Gracias por elegir Glen Burnie Dental Group, donde su salud bucal es nuestra máxima prioridad. Nuestra misión es brindarle el más alto nivel de atención, asegurándonos de que logre una salud bucal óptima y una sonrisa segura. Como parte de nuestro compromiso con la excelencia, queremos familiarizarlo con las políticas y obligaciones financieras de nuestro consultorio dental. Estas pautas están diseñadas para respaldar su bienestar y garantizar una experiencia perfecta con nosotros. Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental de confianza.

POLÍTICA DE CITA DENTAL

En nuestra práctica dental, hemos implementado una estricta política de citas para garantizar una programación eficiente y brindar una atención óptima a nuestros pacientes. Al adherirse a nuestra política de citas dentales, contribuye en gran medida a mantener un horario eficiente y garantizar el más alto nivel de atención para todos nuestros pacientes. Agradecemos sinceramente su comprensión y cooperación en este asunto. A continuación se detallan los detalles de nuestra política de citas:

Notificaciones de recordatorio - Recibirá una solicitud de confirmación mediante llamada telefónica, mensaje de texto y/o correo electrónico 2-4 días antes de su cita reservada. Si la reserva de cita no está confirmada, una notificación de cancelación será enviada. Para reprogramar, comuníquese con nuestra oficina dentro de al menos 24 horas a través de mensajes de texto o teléfono. Al firmar a continuación, el paciente reconoce y da su consentimiento para que Glen Burnie Dental Group envíe recordatorios de citas y otras comunicaciones por correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto. Puede optar por no recibir recordatorios por escrito o respondiendo STOP a nuestro sistema de recordatorios.

Política de pago - Valoramos el tiempo reservado para la cita de cada paciente. Si llega un paciente sin el pago requerido, se aplicará un cargo por cita perdida para reprogramar la cita. Esta tarifa se implementa para garantizar la equidad y mantener nuestro compromiso con una programación eficiente. Tome nota de esta política y asegúrese de tener el pago necesario en su cita para evitar inconvenientes o cargos adicionales. Al programar su cita dental, es su responsabilidad tener en cuenta el costo de su bolsillo según el caso de tratamiento estimado. No dude en comunicarse con nuestra oficina antes del día de su cita si tiene alguna pregunta sobre el pago de su tratamiento dental.

Avisos de cancelación — Si recibe un aviso de cancelación debido a una falta de confirmación por su parte, esta es su última oportunidad para confirmar. Si no se recibe confirmación, la cita reservada quedará automáticamente cancelada. Esto garantiza una gestión eficaz de la programación y nos ayuda a adaptarnos a otros pacientes que necesitan atención dental.

Tardanza — Entendemos que circunstancias imprevistas pueden hacer que un paciente llegue tarde para su cita dental. Por lo tanto, permitimos un período de gracia de 10 minutos por tardanza. Si el paciente llega después del límite del período de gracia, la cita se reprogramará y es posible que se aplique una tarifa.

Aviso perdido/breve — Aviso perdido o con poca antelación: si no se asiste a una cita confirmada o se cancela con menos de 24 horas de antelación, se aplicará una tarifa de reprogramación al momento de reprogramar la cita. Cualquier cita confirmada no atendida por el especialista Endodoncista aplica un cargo de \$100.

Despido - Si usted tiene 2 citas confirmadas: perdidas, canceladas con menos de 24 horas de antelación, o tardanzas más allá del período de gracia, dentro del mismo año calendario, usted puede ser despedido de nuestra práctica debido al incumplimiento de nuestra política de nombramientos.

Póliza menor - Para pacientes menores de 18 años o pacientes con necesidades especiales, solicitamos amablemente que un padre, tutor legal o adulto autorizado los acompañe a las citas. Este tutor acompañante debe estar preparado para dar su consentimiento por escrito para cualquier procedimiento o tratamiento dental. Además, ellos están obligados a permanecer en las instalaciones hasta la finalización del tratamiento dental del paciente. Tenga en cuenta que no aceptamos cesiones de terceros y no reconocemos ni hacemos cumplir los términos de las sentencias de divorcio o manutención de los hijos.

Cambios médicos — Se solicita a los pacientes que nos informen sobre cualquier cambio médico, incluido (entre otros) el embarazo, la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, medicamentos con bifosfonatos, necesidad de premedicación) y cualquier otra afección médica, al programar una cita. Esto es para garantizar que podamos brindar la mejor atención posible y realizar las adaptaciones necesarias. En el caso de pacientes embarazadas, les exigimos que proporcionen una carta de autorización dental de obstetra y ginecólogo al momento de la cita. Estas medidas están implementadas para priorizar la seguridad y el bienestar tanto del paciente como del feto. Si no puede proporcionarnos las actualizaciones médicas necesarias, es posible que se re programe su cita. Apreciamos su cooperación al adherirse a estas políticas para garantizar una experiencia de atención médica integral y sin problemas.

POLÍTICA DE EXPEDIENTES DENTALES

Rayos X de Proveedores Externos - Para mantener el cumplimiento del seguro y cumplir con las limitaciones de frecuencia, los pacientes deben enviar sus registros dentales antes de su cita dental. De no hacerlo, el consultorio realizará procedimientos de diagnóstico, incluidas radiografías de mordida, panorámicas y/o de boca completa.

Solicitudes de rayos X desde nuestra oficina - Para solicitudes de radiografías de nuestra oficina, proporcione un mínimo de 48 horas para procesarlas. Nos esforzamos por satisfacer sus necesidades con prontitud y eficiencia. Si solicita que nuestra oficina envíe radiografías a otro proveedor, envíenos un correo electrónico a office@glenburnientalgroup.com. Incluya su nombre completo, fecha de nacimiento y la dirección de correo electrónico a la que desea que le enviemos sus registros. Proporcionar consentimiento por escrito por correo electrónico garantiza una transmisión precisa y el cumplimiento de las políticas de HIPAA.

POLÍTICA DE CERO TOLERANCIA

Para garantizar la prestación exitosa de nuestros servicios, es esencial mantener el respeto mutuo entre nuestro personal y los pacientes. Nuestro equipo se esfuerza por ser cortés, solidario y considerado con las necesidades y circunstancias únicas de cada paciente. Sin embargo, cualquier forma de comportamiento agresivo, ya sea violento o abusivo, no será tolerado y puede dar lugar al despido de nuestra práctica.

Para que nuestra oficina mantenga buenas relaciones con nuestros pacientes, nos gustaría pedirles a todos nuestros pacientes que lean y tomen nota de los tipos de comportamiento que se considerarán inaceptables:

- Abuso verbal, como gritar, usar lenguaje soez o decir malas palabras.
- Cualquier forma de violencia física dirigida a cualquier miembro del personal.
- No se tolerarán demandas persistentes o poco realistas que causen estrés al personal.
- Las solicitudes se atenderán siempre que sea posible, con explicaciones previstas cuando no puedan cumplirse.
- Causar daños o robar en las instalaciones de la práctica, el personal o los pacientes.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (HIPAA) - Por favor, indique los nombres con los que podemos compartir su información.

Si lo solicita, podemos divulgar su información de salud dental a un miembro de su familia u otra persona que se enumera a continuación. Podemos divulgar las siguientes radiografías, referencias, recetas, divulgación de formularios médicos/dentales, notas administrativas, guiones de laboratorio, información del seguro, instrucciones de tratamiento, información demográfica, fotográfica y de farmacia del paciente.

- Entiendo que debo proporcionar un aviso/actualización por escrito para cambiar o revocar esta autorización.
- Por la presente, el grupo Glen Burnie Dental y sus empleados quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente.
- Autorizo la divulgación de mi PHI (Información de salud protegida) o la de mi dependiente a:

Imprima el nombre completo de la persona autorizada 1**Imprima el nombre completo de la persona autorizada 2****POLÍTICA FINANCIERA**

El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Si se aplican beneficios de seguro, los copagos y deducibles estimados del paciente vencen al momento del servicio.

Formas de pago(todos los pacientes) - Aceptamos: efectivo, tarjeta de débito, tarjeta de crédito (Visa, Master Card, Discovery y American Express), cuenta de gastos flexible FSA, cuenta de ahorros para la salud HSA y otras opciones de financiamiento de terceros (Care Credit, Wellsfargo, Club de préstamos y otros). Por favor, esté avisado de que No aceptamos cheques personales como forma de pago.

Política de depósito - Además de los procedimientos diagnósticos y preventivos, nuestra oficina requiere un depósito mínimo de \$100 o el 20% del costo del tratamiento (si el tratamiento es superior a \$1,000) para reservar su cita de tratamiento dental. Este depósito se acreditará a su costo personal. Los depósitos son completamente reembolsables si cancela su cita con al menos 24 horas de antelación. Si el paciente no se presenta o cancela la cita con menos de 24 horas de antelación (según nuestra política de citas), el depósito se aplicará como tarifa para reprogramar la cita.

Cuentas no aseguradas - se espera que realicen el pago completo en el momento en que se prestan los servicios.

Cuentas de seguros - Nuestra oficina está dentro de la red con una amplia gama de planes de seguro dental.

- **Utilizando su seguro** - El paciente es responsable de proporcionar a nuestro consultorio todas las tarjetas de seguro al reservar cualquier cita dental. En caso de inscribirse o cambiar de compañía de seguros, le solicitamos que notifique a nuestra práctica al menos 48 horas antes de su cita. Nuestro personal se comunicará con el seguro para obtener información sobre elegibilidad y beneficios. Si no se proporciona la información del seguro dentro de las 48 horas, se espera que usted pague por los servicios prestados.
- **Múltiples Seguros** - Nuestra oficina acepta y facturará un máximo de 2 planes de seguro. Si el paciente tiene un seguro terciario, será responsable de presentar el reclamo y recibir el pago.
- **Miembros de Medicaid y Medicare** - estas pólizas se facturan como pagador de último recurso: por ley, todas las demás fuentes de cobertura deben pagar las reclamaciones en virtud de sus pólizas antes de que se pueda facturar a Medicaid o Medicare.
- **Beneficios de la compañía de seguros** - El contrato de seguro es un acuerdo entre el Paciente y la Compañía Aseguradora. Los pacientes asumen la responsabilidad final de todos los cargos incurridos durante su visita a nuestra práctica, independientemente de los beneficios pagaderos indicados por el plan de seguro.
- **Pago del seguro** - La decisión final con respecto al pago la determinará su proveedor de beneficios de seguro durante el procesamiento del reclamo. Presentar un reclamo a su compañía de seguros por los servicios prestados no garantiza el pago. Los beneficios del seguro pagaderos dependen de la elegibilidad del asegurado, las limitaciones del plan y las exclusiones (incluidas condiciones preexistentes, rebajas de categoría, cláusula sobre dientes faltantes, períodos de espera, máximo anual, otros). En caso de que su seguro no haya pagado su cuenta dentro de los 60 días, nos reservamos el derecho de suspender o negarnos a presentar un reclamo o apelación. El saldo quedará a cargo del responsable.
- **Estimación de casos de tratamiento en el consultorio** - Si bien nos esforzamos por proporcionar información estimada de la cobertura del caso de tratamiento según el beneficio de su plan, nuestra oficina no garantiza el pago de su seguro. Tenga en cuenta que el seguro dental está destinado a cubrir algunos, pero no todos, los costos de atención dental, y su plan no cubre todos los servicios. Se anima a los pacientes a ser conscientes de las limitaciones de su póliza de seguro. En caso de pago insuficiente, le enviaremos un extracto. En caso de pago excesivo de su parte, una vez recibidas las reclamaciones, se le reembolsará si así lo solicita.
- **Miembros dentales fuera de la red** - Los pacientes que opten por recibir servicios dentales de proveedores fuera de la red pueden estar sujetos a términos y condiciones diferentes a los descritos en su cobertura dentro de la red. Los servicios fuera de la red pueden tener diferentes tasas de reembolso, limitaciones de cobertura y gastos de bolsillo.

Cuentas vencidas - A menos que nuestra oficina haya aprobado acuerdos previos por escrito, el saldo de su estado de cuenta vence y es pagadero cuando se emite el estado de cuenta, y está vencido si no se paga antes de la fecha de vencimiento impresa en el estado de cuenta. Se puede cobrar un cargo por pago atrasado en cualquier cuenta que no se pague dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del estado de cuenta. Al proporcionar su número de teléfono móvil, usted acepta recibir comunicaciones por mensaje de texto (SMS) de Glen Burnie Dental Group relacionadas con facturación, información de cuenta, recordatorios de pago y otros asuntos relacionados. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos.

Saldos a más de 90 días - Las cuentas facturadas que no se pagan dentro de los 90 días (o después de 3 estados de cuenta) pueden derivarse a una agencia de cobranza. Todos los gastos razonables incurridos en el proceso de cobro (incluidos los gastos de cobro, honorarios judiciales y de abogados) serán responsabilidad del titular de la cuenta.

Colecciones - En caso de que su cuenta se convierta en cobranza, la parte responsable acepta todos los cargos de cobranza además del saldo principal de la cuenta, incluidos, entre otros, los honorarios razonables de abogados e intereses a una tasa del 1,5% mensual a partir de la fecha del servicio, hasta que se pague en su totalidad. No se proporcionará tratamiento que no sea de emergencia hasta que se liquide el saldo pendiente. Al firmar a continuación, el (Paciente/Parte Responsable) entiende y acepta que, en caso de incumplimiento de la cuenta, pagará todos los cargos de cobro razonables y/o honorarios de abogados.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquier aspecto de nuestra política de equipo. Al firmar a continuación, yo (Paciente/Parte Responsable) he leído, entiendo y acepto estar legalmente obligado por las políticas de la práctica. (Pg

X**Patient / Responsible Party Signature****Date**