

Información del paciente

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Tómese unos minutos para completar este formulario lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle.

PERSONAL	
Nombre del Paciente _____	
Dirección _____	Ciudad _____
Estado _____	Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____	SS# _____
Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Casado(a): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Trabajo _____	Celular _____
Hojar _____	
Correo Eletronico _____	
Método de Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Hojar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo Eletronico	
Metodo de contacto preferido para confirmaciones <input type="checkbox"/> Hojar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo Eletronico	
Contacto preferido reunido para recordar <input type="checkbox"/> Hojar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo Eletronico	
Estado del estudiante si es dependiente mayorde 19 años <input type="checkbox"/> No estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo	
<input type="checkbox"/> Medio tiempo	
Como supiste de nosotros _____	
(Si alguien lo refirio aqui, escriba su nombre para que podamos agradecerle.)	
Poliza de Seguros 1	
Su relacion con el suscriptor <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Nino(a)	
Nombre del suscriptor _____	Suscriptor ID # _____
Dirección del Suscriptor _____	
Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____	Suscriptor SSN _____
Compania de la asegursdora _____	
Telefono _____	
Empleador _____	Nombre del grupo _____
Numero de grupo _____	

Presente la tarjeta de seguro a la recepcionista.	
Poliza de Seguros 2	
Su relacion con el suscriptor [] Yo [] Esposo (a) [] Nino(a)	
Nombre del suscriptor _____	Suscriptor ID # _____
Direccion del Suscriptor _____	
Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____	Suscriptor SSN _____
Compania de la aseguradora _____	
Telefono _____	
Empleador _____	Nombre del grupo _____
Numero de grupo _____	

La Autorizacion para La Tarea de Beneficios y Sumision de Los Reclamos

Yo autorizo al proveedor del cuidado de la salud denominado encima de someterse los reclamos para el pago para servicios del cuidado de la salud planean denominados abajo, en mi beneficio y en mi nombre, y asignan a tal proveedor el seguro del grupo beneficia de otro modo pagadero a mi, pero no exceder al proveedor's las cargas verdaderas para el cubrio los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquiera carga no cubrio por beneficios de seguro de grupo.

El Cuidado de la Salud—Planea #1

El Cuidado de la Salud—Planea #2

Nombre de Paciente

Firma de Paciente, del Padre, o de la Guardian Fecha

Historial Medico Para Paciente Nuevo

Apellido_____ Primer_____ Fecha de nacimiento_____

Nombre del Medico _____

Contacto de emergencia _____ Celular _____

Relacion _____

Lista todos los medicamentos que esta tomando:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eres alergico alguno de los siguientes?

Anestesia [] S [] N

Yodo (Iodine) [] S [] N Aspirina [] S [] N

Látex [] S [] N

Codeina [] S [] N

Penicilina [] S [] N

Ibuprofeno [] S [] N

Sulfa [] S [] N

Tienes alguna de las siguientes condiciones medicas ?

Asma (Asthma) [] S [] N

Cancer [] S [] N

Diabetes [] S [] N

Carrera (Stroke) [] S [] N

Ulceras (Ulcers) [] S [] N

El embarazo (pregnancy) [] S [] N

Enfermedad del rinon (Kidney Disease) [] S [] N

Fiebre reumatica (Rheumatic Fever) [] S [] N

Problemas de sangrado (Bleeding problems) [] S [] N

Problemas del corazon [] S [] N

Enfermedad del hígado (Liver Disease) [] S [] N

Presión sanguínea (Blood Pressure)

Soplo cardíaco (Heart Murmur) [] S [] N

Reemplazo de la articulación [] S [] N

Terapia psiquiátrica (Psychiatric Treatment) [] S [] N

Terapia de densidad ósea (Bone Density) [] S [] N

El consumo de tabaco? Si es así, de qué tipo y cuánto? _____

Reacción a la anestesia dental _____

Motivo de la visita de hoy? _____ Estas adolorido? _____

Tiene una radiografía panorámica o una radiografía de boca completa de menos de 5 años?

Nombre del ex dentista? _____ Ciudad/Estado _____

Fecha de la última limpieza y examen _____

La Autorización para La Liberación de Información de Salud

Yo autorizo al dentista o a otro proveedor del cuidado de la salud denominados encima de liberar al hospital o planes de servicio de cuidado de salud, las compañías del seguro, auto—aseguradores o sus representantes, cualquier y toda información y los registros (inclusive radiografías) acerca de mi historia médica, o acerca de servicios rendidos o tratamiento dados a mí, eso se necesita revisar, investigar, o para evaluar cualquier reclamo para beneficios.

Si mi alcance es abajo un grupo el acuerdo magistral tenido por mi empleador, por una asociación, por los fideicomisos, por la unión, o por la entidad semejante, esta autorización también revelación de permisos a ellos para propósitos de la revisión de la utilización o la revisión financiera.

Esta autorización permanecerá efectiva hasta cinco (5) años de esta fecha. Se que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización si requiero

Nombre de Paciente

Firma de Paciente, de Padre, o de la Guardian

Fecha

Encuétranos en internet en www.smilealbertville.com.

Aviso de Politicas de Privacidad

He tenido la oportunidad de leer y considerer el contenido del Avico de practicas de privacidad. Entiendo que doy mi permiso para que usteduse y divulgue mi informacion medica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atencion medica. Tambien entiendo que tengo derecho a revocar el permiso.

Firma _____ **Fecha** _____

Acuerdo Financiero

- Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi informacion a mi compania de seguros y recibir el pago directamente de ellos.
- Entiendo que si comienzo un tratamiento importante que involucra trabajo de laboratorio, sere responsable d la tarifa en ese momento.
- Si se envia a cobros, acepto pagar todas las tarifas relacionadas y los costos judiciales.
- Se hara todo lo possible para ayudarme con mi seeguro, pero si no pagan como se esperaba, seguire siendo responsable.
- Acepto pagar cargos financieros del 1.5% por mes (18% APR) sobre cualquier saldo vencido 90 dias.
- Pagare una tarifa por citas interrumpidas sin previo aviso de 24 horas.

Firma _____ **Fecha** _____



Smiles by Design

FAMILY, COSMETIC & IMPLANT DENTISTRY

James W. Porter II, D.M.D & Jacob L. Turner, D.M.D.

100-A Andrew Street

Albertville, AL 35950

256-878-9200

Incumplimiento de Mantener su Cita Reservada

No mantener reservas. Nuestros pacientes son atendidos en forma de reserve, y tomamos grandes medidas para confirmar su reserve en nuestra oficina. Por lo tanto, nuestra oficina solicita un aviso de al menos 48 horas si no puede conservar su reserve. Si no puede dar un aviso de 48 horas, contáctenos lo antes posible. Por lo general, hay una “tarifa de notificación insuficiente” de \$75/ hora para un cita de higiene y \$100/ hora para una cita con el doctor. Por una reserve perdida con menos de 24 horas de antelación. No notificar a esta oficina su incapacidad para mantener una reserve puede afectar negativamente su reputación como paciente. Si no mantiene las reservas sin notificar a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación, comprenda que nuestra oficina tundra el derecho de retirarse de la asistencia professional que le corresponda. ¡Su respeto por nuestro tiempo y el suyo es muy apreciado!

¡Gracias!

Firma: _____ Fecha de firma: _____