

Martinsville Family Dentistry
25 Cleveland Avenue Martinsville Virginia

Historia Médica Del Paciente:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Tiene un Médico? ☐ Sí ☐ No

Nombre de Medicao: _____

Último Examen: _____

Numero de telefono de la oficina: _____

Tiene un especialista? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Especialista: _____

Razon: _____

Numero de telephono de la oficina: _____

Por favor liste todos Medicamentos que usted toma (incluyendo aquellos sin recetas): Marque aquí si ninguno ☐

Nombre de la medicación	Dosis	Con qué frecuencia las toma

Alguna vez su médico le ha recomendado que se pre-medica con un antibiótico antes del tratamiento dental? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, díganos el motivo de la predicación y el antibiótico que toma: _____

Por favor liste cualquier cirugía, hospitalization, enfermedades graves que haya tenido en los últimos 5 años:

Marque aquí si ninguno ☐

Cirugia / Hospitalizacion / Enfermedad	Mes/ Ano

Por favor liste cualquier **alergia** que tenga: Marque aquí si ninguno ____

Alergia	Reacción

Habitos:

El tabaco (fumar, masticar, e-cigarrillos- note cantidad por día)	
Alcohol (# de bebidas / tipo por día)	
Cafeína (tazas por día)	
Drogas callejeras (tipo)	

Solo Mujeres:

Está embarazada? Si es afirmativa- cuánto tiempo?	Si No	
Esta amamantando?	Si No	
Esta tomando anticonceptivos orales?	Si No	

Por favor marque sí o no si actualmente tiene o ha tenido un historial de los siguientes:

Marcapasos cardiaco- fecha y lugar:	Si No	Sida o infección de VIH	Si No
Ataque al corazón- fecha:	Si No	Hepatitis A, B o C	Si No
Prolapso de la válvula mitral	Si No	Enfermedad del hígado	Si No
Angina	Si No	Enfermedad del riñón	Si No
Hipertension arterial	Si No	Cancer	Si No
Presion arterial baja	Si No	Leucemia	Si No
Derrame cerebral	Si No	Radiación/ quimioterapia	Si No
Epilepsia / convulsiones	Si No	Alzheimer / demencia	Si No
Diabetes	Si No	TDAH / trastorno por déficit atencion con hiperactividad	Si No
Artritis	Si No	Discapacidad intelectual	Si No

Reemplazo de artalacion Pre medicacion?	Si No	Uso de Bifosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel)	Si No
Problema de tiroides	Si No	Enfermedad mental	Si No
Problemas de estomago/ ulceras	Si No	Fiebre reumática	Si No
Glaucoma	Si No	Autismo / aspergers	Si No
Anemia	Si No	Uso del medicamento Fen-Phen	Si No
Asma	Si No	Uso de Viagra dentro de las 24 horas	Si No
Problemas respiratorios (enfisema)	Si No		

Otro:

Historia Dental Del Paciente:

Por favor marque sí o no si actualmente tiene o ha tenido un historial de los siguientes:

Dificultad en abrir o cerrar	Si No	Sangrado de las encías al cepillarse o usar hilo dental	Si No
Hacer clic o saltar al abrir / cerrar	Si No	Sensibilidad al calor, frío o dulces	Si No
Dificultad masticando	Si No	Tratamiento ortodoncia (tirantes)	Si No
Dolor (articulación, el oido, lado de la cara)	Si No	Tratamiento endodoncia (tratamiento de conducto)	Si No
Lesiones en la cabeza, cuello mandíbula	Si No	Hemorragia prolonga Después de las extracciones	Si No
Apretar o rechinar los dientes	Si No	Extracciones difíciles	Si No
Mordedura de labios o mejillas con frecuencia	Si No	Usa dentaduras postizas o parciales	Si No
Llagas o bultos en o cerca de so boco	Si No	Instrucciones de higiene oral con respecto al cuidado de sus dientes y encías	Si No
Dolores de cabeza frecuentes	Si No	Le gusta su sonrisa?	Si No
Dolor en cualquiera de sus dientes	Si No		
Otro:			

Martinsville Family Dentistry

25 Cleveland Avenue

Martinsville, Virginia

Fecha de Hoy: _____

Información Del Paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Numero de telefono de casa: _____

Numero de celular: _____

Número de trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Información Sobre El Empleo (Padre/ Guardián Si Es Menor De Edad:

Está empleado? ☐ Si ☐ No

Ocupación: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección de la compañía: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Telefono: _____

Información De Contacto En Caso De Emergencia:

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

X He completado esta forma y certifico que soy el paciente o el tutor debidamente autorizado del paciente. Entiendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la factura real por servicios y aceptó ser responsable del pago de todos los servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Martinsville Family Dentistry
25 Cleveland Avenue
Martinsville, Virginia

Responsabilidades Del Paciente

Como paciente de este centro de salud comunitario usted es responsable por:

- Asistir a sus citas y notificar al centro lo mas antes posible cuando usted tiene que cancelar;
- Proveer información precisa y completa al respecto de sus síntomas, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos y otros temas relacionado con su salud;
- Reportar cambios inesperados de su condición a su proveedor (es);
- Comunicar si entiendo o no claramente el plan de tratamiento y lo que se espera de usted;
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor o informarnos si no puede hacerlo en este momento;
- Seguir las instrucciones de las enfermeras y otro personal médico o ayudarnos a entender por qué no puede seguir las mismas en este momento;
- Aceptar las consecuencias de sus acciones si usted rehúsa el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor (es);
- Puntualmente pagar las facturas y copagos o establecer un arreglo para saldar su cuenta;
- Seguir las reglas y regulaciones del centro de salud;
- Comportarse de manera apropiada considerando los derechos de otras personas en las facilidades del centro;
- Respetar la propiedad del centro de salud y la propiedad personal de otros;
- Respetar la privacidad de otros pacientes y su información de salud.



Martinsville Family Dentistry

El Aviso de Privacidad. Este aviso detalla que nuestra oficina NO comparte ninguna información privada con nadie sin su permiso y da una descripción completa de los derechos de los pacientes. Nuestra oficina tiene una copia detallada del aviso de privacidad disponible para usted.

Firmando este aviso, estoy de acuerdo que me han dado la oportunidad para leer el aviso de privacidad de la oficina.

Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente (o la persona bajo mi cuidado para la cual soy el guardián legal).



Martinsville Family Dentistry

Autorización para la divulgación de información-Liberación compuesta

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
----------------------	----------------------

Autorizo a Martinsville Family Dentistry para compartir la siguiente información de salud protegida del paciente mencionado anteriormente.

Escoja a la persona/ entidad que puede recibir información.	Escoja el tipo de información que se puede compartir.
<input type="checkbox"/> Otra persona (proveer el nombre y teléfono)	<input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Medica
<input type="checkbox"/> Correo de Voz	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/radiografías <input type="checkbox"/> Recordatorios de citas
<input type="checkbox"/> Comunicación via correo electrónico-proveer correo: _____ *Para usar correo electrónico, acepte la información de abajo	<input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Medica <input type="checkbox"/> Recordatorios de citas <input type="checkbox"/> Notificación de incumplimiento
<input type="checkbox"/> Comunicación vía texto- Proveer numero: _____ *Para usar mensajes de texto acepte la información de abajo	<input type="checkbox"/> Recordatorios de citas <input type="checkbox"/> Otro : _____ _____

- ☐ Para comunicación vía **correo electrónico y/o mensajes de texto**, entiendo que si la información no es mandada en un mensaje encriptado, hay un riesgo que la información puede ser accedida de una manera inapropiada. Todavía elijo recibir mensajes por texto o correo electrónico.

<input type="checkbox"/> Fotos tomadas del paciente recibidas por el paciente o guardián legal <input type="checkbox"/> Foto tomada por el personal (ejemplo: antes/después de un procedimiento)	<input type="checkbox"/> Se puede publicar en la oficina <input type="checkbox"/> Se puede publicar en nuestra website
---	---

Derechos del paciente:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento si contacto a esta oficina.
- Puedo revisar o copiar la información de salud protegida para ser compartida como descrita en



Martinsville Family Dentistry

este documento.

- La revocación no es efectiva en casos donde la información de salud protegida ya ha sido compartida pero será efectiva avanzando adelante.
- Información usada o compartida a resultado de esta autorización puede ser sujeto a redescubrimiento por el destinatario(a) y corre riesgo de perder cobertura bajo la ley estatal o federal.
- Tengo derecho a rechazar firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a la firma.

Esta autorización se quedará en efecto hasta que el paciente la rechace.

Firma de Paciente o Representativo Personal: _____

Fecha: _____

*Descripción de autoridad del Representante Personal (adjuntar documentación necesaria)

☐ Rechazado por el paciente o representante personal en _____
Fecha

Rechazado por: ☐ Escrito (poner copia en el expediente del paciente) ☐ Oralmente (en persona o telefono)



Martinsville Family Dentistry

Acuerdo de pago

Gracias por elegirnos como su proveedor de servicios dentales. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado de salud asequible. Por favor lea la siguiente política de pago y dirigir cualquier pregunta que pueda tener al departamento de facturación.

1. **Seguros.** Participamos en varios planes de seguro. Si usted no está asegurado, se espera el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan que aceptamos, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. **Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad.** Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
2. **Copagos, coseguros, deducibles.** Copagos, coseguros y deducibles **deben pagarse en el momento del servicio por parte del paciente o la persona que acompaña al paciente.** Un copago, coseguro, y/o deducible son parte de su contrato con su compañía de seguros. Su compañía de seguros es la responsable de asignar un copago, coseguro y/o deducible como la responsabilidad del paciente. Se le facturará si su compañía de seguro nos notifica en una fecha posterior que se ha asignado un copago, coseguro y/o deducible para un servicio. Fracaso de nuestra parte para cobrar copagos, coseguros y/o deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor ayudenos a completar el proceso de su copago, coseguro, y/o deducible. MFD acepta pagos en forma de dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
3. **Los servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos-y tal vez todos- de los servicios que recibe puede ser no cubiertos o no sea considerado razonable o necesario por los aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita. Su dentista es requerido por su compañía de seguros para documentar los servicios prestados. Por favor, no nos pida alterar la documentación para fines de cobertura o de pagos de seguro.
4. **Sin seguro (auto-pago) visitas.** El Pago se requiere para todos los servicios que no están cubiertos por un seguro en el momento del servicio.
5. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro paquete de registro del paciente antes de ver al proveedor. Debemos obtener una copia de una tarjeta de seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información de seguro correcta en el momento oportuno, puede ser responsable por el saldo de la reclamación.



Martinsville Family Dentistry

6. **La presentación de reclamos.** Vamos a enviar sus reclamos y le ayudaremos de cualquier manera razonablemente para asegurar que sus reclamos sean pagados. Su compañía de seguro puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su petición. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro; que no somos parte de dicho contrato.
7. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita, así podemos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de los 90 días, el balance total restante será su responsabilidad.
8. **Falta de pago.** Si su cuenta tiene más de 60 días vencida, recibirá una carta indicando que usted tiene 14 días para pagar la cuenta en su totalidad. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, nosotros podemos referir su cuenta a una agencia de colección y usted y sus miembros de la familia inmediatamente pueden ser descargados de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo ordinario y correo certificado que tiene 30 días para encontrar el cuidado dental alternativo. Durante ese periodo de 30 días, los proveedores sólo podrán tratarle en caso de emergencia.
9. **Rebote de cheques.** Habrá un cargo de \$35.00 agregado a su estado de cuenta para los cheques que nos devuelva el banco debidos a fondos insuficientes. Se le notificará por escrito y se espera que proporcione el pago en su totalidad.

Yo entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios del seguro para los servicios dentales prestados. Voy a ser totalmente responsable de todos los saldos restantes, copagos, deducibles que mi compañía de seguro no cubra. Se espera que el pago se haga en el tiempo de tratamiento.

Autorizo a mi compañía de seguro para emitir los beneficios de gastos permitidos y por pagar bajo los términos de la póliza de seguro como pago por los servicios prestados a mi por Martinsville Family Dentistry. También por este medio autorizo y dirijo a MFD para liberar cualquier y toda la información de mis registros dentales relacionados con mi condición dental con el fin de procesar las reclamaciones. Yo verifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Yo entiendo que mi seguro será facturado como una cortesía y que sigo siendo plenamente responsable financieramente de todos los cargos que yo o mis dependientes incurran.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Martinsville Family Dentistry

Cita Dental-Acuerdo del Paciente

Los proveedores de Martinsville Family Dentistry quieren asegurarse de que usted y otros residentes del área tengan acceso a atención dental de alta calidad cuando la necesiten. Una cita programada es un compromiso de tiempo entre nuestra práctica y usted. Hemos reservado ese tiempo solo para usted. Cuando se pierden o cancelan citas, ese tiempo se pierde permanentemente. Trabajamos muy duro para seguir el programa para que nuestros pacientes no pasen tiempo esperando. Para asegurar el máximo acceso a los servicios dentales para todos nuestros pacientes, Martinsville Family Dentistry ha implementado lo siguiente:

Actualizaciones de Información:

- Si su cobertura de seguro, número de teléfono y/o cambio de dirección, por favor háganoslo saber de inmediato para tener su información actualizada.

Citas Programadas:

- Aunque hacemos todo lo posible para recordarles su próxima cita dental por teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto, USTED es el último responsable de recordar la fecha y la hora de su cita.
- Debe llamar para confirmar su cita.
- Si no lo confirma, perderá su cita.

Cambios de Citas:

- Martinsville Family Dentistry entiende que a veces surgen situaciones que requieren la reprogramación de su cita.
- Si necesita reprogramar su cita, llame a Martinsville Family Dentistry por lo menos 24 horas antes de la cita programada para informarnos que no podrá cumplir con su cita.

Llegadas tardes:

- Cuando reservamos tiempo para usted, necesitamos todo ese tiempo para ofrecerle el trabajo de mejor calidad posible. Cuando llega tarde, disminuye nuestra capacidad de lograr esto.
- En caso de que llegue tarde a su cita, Martinsville Family Dentistry hará todo lo posible para acomodarlo, pero no garantiza que será visto por el mismo proveedor.

Citas Perdidas:

- Si olvida una cita programada o cancela dentro de 1 hora, una cita perdida será registrada en su carta dental.
- Si la cita fue programada por 60 minutos o más, ya no se le dará una cita larga.
- Si olvida 3 (tres) citas sin llamar para cancelar o reprogramar sin previo aviso, ya no se le dará la programación de prioridad.
- Usted sigue siendo elegible para la atención de emergencia dental verdadera- Tenga en cuenta que las verdaderas emergencias involucran infección, hinchazón, y/o dolor que despierta o lo mantiene despierto durante la noche.

Yo entiendo el acuerdo del paciente para citas dentales y aceptó seguir los términos como se indicó anteriormente.

Firma de Paciente / Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (favor imprimir): _____ Fecha de Nacimiento: _____