



Bienvenido(a) a nuestra practica



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|--|----------------|---|-----------|--|
| Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sta. <input type="checkbox"/> | Primer Nombre: | Inicial. | Apellido: | Apodo: |
| Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | F. Nacimiento: | Edad | SSN # | E-mail: |
| Calle: | Apt # | Ciudad: | Edo. | Cod Postal |
| Casa () | Cel () | Doy mi consentimiento para que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Trabajo () | Otro () | Doy mi consentimiento para que se deje el correo de voz en el contestador automático | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Lic de conducir # | Empleador: | Doy mi consentimiento para que se le deje un mensaje a un miembro de la familia / representante | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Contacto de emergencia: | | Doy mi consentimiento para que se envíen correos electrónicos a mi cuenta de correo electrónico | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Tel () | Relación: | ¿A quién podemos agradecerle por recomendarle QN Smiles? | | |

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

| | | | | |
|--|------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Yo (omite esta sección) | <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sta. <input type="checkbox"/> | Primer nombre: | Inicial | Apellido: | Lic de conducir # |
| Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | F. nacimiento: | Edad | SSN. # | E-mail |
| Calle: | Apt# | Ciudad | Edo. | Cod Postal |
| Casa () | Cel () | ¿Alguna vez ha sido paciente de nuestra práctica? | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Trabajo () | Otro () | Empleador: | | |

DENTAL INSURANCE INFORMATION

| <input type="checkbox"/> Sin seguro (si no tiene seguro, omite esta sección) | | | |
|---|--|---|--|
| SEGURO PRIMARIO | | SEGURO SECUNDARIO | |
| Nombre de la compañía de seguros: | | Nombre de la compañía de seguros: | |
| Nombre del suscriptor: | | Nombre del suscriptor: | |
| Fecha de nacimiento del suscriptor: | | Fecha de nacimiento del suscriptor: | |
| Número de identificación de miembro o SSN: | | Número de identificación de miembro o SSN: | |
| Número de grupo: | | Número de grupo: | |
| Empleador: | | Empleador: | |
| Cesión y liberación Esta firma en el archivo es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar todas las presentaciones de seguros. Por la presente autorizo los pagos a QN Smiles de los beneficios que de otro modo me pagarían. | | Cesión y liberación Esta firma en el archivo es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar todas las presentaciones de seguros. Por la presente autorizo los pagos a QN Smiles de los beneficios que de otro modo me pagarían. | |
| ✕ _____ ✕ | | ✕ _____ ✕ | |
| Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad) Fecha | | Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad) Fecha | |

INFORMACION DENTAL

| | | | |
|---|--|---|--|
| Motivo de la visita de hoy: | Está adolorido(a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Por cuánto tiempo? | |
| Indique cualquiera de los siguientes problemas marcando la casilla correspondiente: | | | |
| <input type="checkbox"/> Molestia, chasquido o chasquido en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Problemas asociados con el tratamiento dental anterior. | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado de una lesión / extracción | <input type="checkbox"/> Hinchazón / bultos en la boca |
| <input type="checkbox"/> Encías rojas, hinchadas o sangrantes | <input type="checkbox"/> Rechinar / apretar los dientes | <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Dientes sueltos / móviles |
| <input type="checkbox"/> Un aparato dental removible | <input type="checkbox"/> Diente roto / astillado | <input type="checkbox"/> Lengua / labios ardientes | <input type="checkbox"/> Alimentos atrapados entre los dientes |
| <input type="checkbox"/> Ampollas / llagas en o alrededor de la boca. | <input type="checkbox"/> Infecciones recientes o dolor de garganta. | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas | <input type="checkbox"/> Dientes manchados |
| <input type="checkbox"/> Mis dientes son sensibles a: Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Dulces <input type="checkbox"/> Mordiendo <input type="checkbox"/> | Otro : _____ | | |
| ¿Estás contenta con tu sonrisa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Último examen dental: | ¿Veces al día que te cepillas? | ¿Veces a la semana usas hilo dental? |

HISTORIAL MÉDICO

| | | | |
|--|---|---|---|
| ¿Estás siendo tratado por un médico ahora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | En caso afirmativo, explíquelo por favor: | |
| ¿Su médico o dentista anterior le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: | | | Tel () |
| ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, afecciones médicas o procedimientos? marque la casilla correspondiente: | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado o hemofilia | <input type="checkbox"/> Herpes (boca / herpes labial) | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea / de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Quimio / Cáncer / Leucemia | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Infarto cerebral | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación | Mujeres |
| <input type="checkbox"/> Infarto cardíaco ¿Cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Inmunodeprimidos / trastornos | <input type="checkbox"/> Embarazada (Marque si no está segura) Semanas: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Desmayos / mareos | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Úlceras, problemas de estómago. | <input type="checkbox"/> Glaucoma, enfermedad ocular | <input type="checkbox"/> Amamantando |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Implante / Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Nerviosismo / emocional / depresión | <input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos |
| <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas | ¿Cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | Hombres |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Artritis / Reumatismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática / tipo de hepatitis: _____ | <input type="checkbox"/> Tomando medicamentos para la DE |

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

| | | | |
|---|--|---|---|
| ¿Está utilizando alguno de los siguientes? marque la casilla correspondiente: | | | <input type="checkbox"/> Medicamentos para la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos | <input type="checkbox"/> Medicamentos para el dolor | <input type="checkbox"/> Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Agentes sedantes-hipnóticos |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) | <input type="checkbox"/> Aspirina o Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Esteroides | <input type="checkbox"/> Medicamentos para la hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para el corazón | <input type="checkbox"/> Insulina o medicamentos antidiabéticos orales | <input type="checkbox"/> Ansiedad o antidepresivos | <input type="checkbox"/> Medicamentos para la densidad ósea |
| Enumere cualquier otro medicamento que esté tomando actualmente (incluidos productos naturales, herbales u homeopáticos) | | | |
| | | | |
| | | | |
| Farmacia: | | Tel: () | |
| ¿Es alérgico? o ha tenido alguna reacción adversa a: | | | |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales / Novocaína | <input type="checkbox"/> Codeína / Narcóticos | <input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir) | <input type="checkbox"/> Otras alergias a medicamentos: _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Aspirina, Motrin, Aleve, o Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Latex / plástico | <input type="checkbox"/> Drogas de sulfá | |
| | <input type="checkbox"/> Penicilina u otro antibióticos | <input type="checkbox"/> Productos alimenticios | |

Certifico que he leído y comprendo las preguntas anteriores. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No haré responsable a mi médico, ni a ningún otro miembro de su personal, por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN / DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD

En general, QNSmile y su personal tratan de forma confidencial la información médica relacionada con el procedimiento del paciente. QNSmile puede divulgar legalmente dicha información a otros sin su consentimiento por escrito. QNSmile tiene permitido, sin su consentimiento por escrito, divulgar dicha información médica a su compañía de seguros de salud u otra entidad legal que brinde cobertura de atención médica en la medida necesaria para determinar la responsabilidad de pago de esa entidad.

Se me ha informado antes de la fecha del servicio que los dentistas que realizan procedimientos en QN Smiles pueden tener un interés de propiedad.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Se me ha dado la oportunidad de leer y revisar las prácticas de privacidad de HIPAA de QN Smile, PLLC.

Certifico que he leído lo anterior y que soy el paciente, padre, tutor o debidamente autorizado por el agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Autorizo a QNSmiles a discutir / divulgar mi información de salud confidencial al siguiente familiar / amigo / POA que se indica a continuación:

Nombre: _____ teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre: _____ teléfono: _____ Dirección: _____

Firma del paciente / responsable **Relación** **Fecha**

 Por QNSmiles **Fecha**

POLÍTICA FINANCIERA

Durante su primera visita, discutiremos la cantidad de visitas necesarias para su tratamiento, la duración de cada visita y los costos proyectados involucrados. Brindamos la mejor atención al costo más razonable para nuestros pacientes; por lo tanto, **el pago debe realizarse en el momento en que se presta el servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.**

Tenga en cuenta que usted es totalmente responsable de todas las tarifas cobradas por nuestra oficina, independientemente de su cobertura de seguro.

Tarifas: las tarifas variarán mucho según el tipo de tratamiento necesario. Las tarifas se basan en el diente involucrado, el tipo de tratamiento necesario y la extensión del tratamiento proporcionado. Durante su consulta, discutiremos la cantidad necesaria de visitas, su duración y las tarifas involucradas.

Pacientes con seguro dental: Lo ayudaremos en la medida de nuestras posibilidades para obtener los máximos beneficios de su seguro y, como cortesía, nuestra oficina con gusto presentará reclamaciones dentales a su compañía de seguros. Nuestra oficina participa con una variedad de planes de pago por servicio, planes tradicionales, planes de indemnización y planes de programas de descuentos, PPO dentales, MEDICAID y CHIP de Texas. Verifique su tipo de plan cuidadosamente y para obtener más información específica sobre los montos de los beneficios, llame a su compañía de seguros.

Opciones de pago: Aceptamos efectivo, cheque, VISA, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit. Se aplicará un cargo de \$ 30 por cheques devueltos. El pago de su porción "estimada" vence en el momento en que se prestan los servicios, como su deducible anual y / o porcentaje del tratamiento no cubierto por el seguro. Como cortesía, con gusto nos comunicaremos con su seguro para brindarle un "estimado" de su porción de paciente. Sin embargo, a pesar de esto, no podemos garantizar el pago de los beneficios del seguro ni podemos proporcionar el 100% de precisión de esta cantidad estimada, ya que están involucrados muchos factores que determinan el pago real de los beneficios una vez presentados y procesados por su seguro. Tenga en cuenta que muchas compañías de seguros basan su porcentaje de cobertura cotizado (es decir, 100%, 80%, 50%, etc.) en su propio programa de tarifas, y no en las tarifas reales de nuestra oficina, lo que puede resultar en un saldo adeudado más alto de lo esperado. pero nunca más alto que la tarifa UCR (habitual, habitual y razonable) de nuestra oficina o nuestra obligación contractual con su compañía de seguros cuando corresponda. Si se produce un saldo pendiente después de que su compañía de seguros procese su reclamo, se le enviará un estado de cuenta. El pago total vence en la fecha de recepción del estado de cuenta.

Reclamaciones de seguro impagas: Todos los servicios dentales prestados, estén o no cubiertos por el seguro, son en última instancia responsabilidad financiera del titular de la cuenta. Le daremos a su compañía de seguros 60 días para remitir el pago. Si aún no hay pago después de este tiempo, para mantener su cuenta al día, usted será financieramente responsable por el 100% de la reclamación de seguro pendiente. Se le enviará un estado de cuenta, y el pago completo vencerá en la fecha de vencimiento impresa en el estado de cuenta. Es responsabilidad del titular de la cuenta hacer un seguimiento con su propia compañía de seguros con respecto al impago de una reclamación. Si nuestra oficina finalmente recibe un pago de su seguro después de que usted lo haya pagado, se emitirá un reembolso inmediato.

Cuentas vencidas: Todas las cuentas morosas en QN Smiles devengan intereses a la tasa legal. Si el saldo sigue sin pagar después de 90 días, la cuenta se entregará para una nueva acción de cobro. Si una cuenta se entrega a nuestra agencia de cobranza y / o nuestro abogado para el cobro, el titular de la cuenta será responsable de TODOS los honorarios de abogado y / o cobranza en los que incurre esta oficina al intentar cobrar el saldo impago. Estas tarifas de cobro se agregarán a la parte pendiente de la cuenta y también se convertirán en responsabilidad financiera del titular de la cuenta.

Acuerdos financieros: Ofrecemos planes de pago mensuales con intereses diferido a través de Care Credit. El acuerdo financiero para los tratamientos de Ortodoncia está separado del tratamiento dental.

QN Smiles, PLLC se reserva el derecho de actualizar y realizar cambios en las políticas de la oficina mencionadas anteriormente en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, verifico que entiendo, estoy de acuerdo y acepto completamente las políticas descritas anteriormente. Además, reconozco que soy responsable de todos los servicios dentales que me brindan a mí y a mis dependientes (si corresponde).

✕ _____
Signature of patient / Responsible party

_____ Relationship

✕ _____
Date

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN

Tu tiempo es muy importante para nosotros; por lo tanto, esta oficina hace todo lo posible para cumplir con el cronograma. Nos aseguramos de que se proporcione suficiente tiempo a cada paciente; tanto para las citas de visita al consultorio como para todos nuestros procedimientos dentales que se realizan como parte de un plan de tratamiento.

No realizamos overbooking a los pacientes; le damos a cada paciente el tiempo de calidad y la consideración necesaria para sus necesidades dentales específicas. Sin embargo, atendemos a pacientes con problemas muy complejos que a menudo requieren tiempo adicional.

Como puede que se identifique, a menudo tenemos muchos pacientes que requieren atención y que esperan ser atendidos por nuestros proveedores. Si un paciente no notifica a tiempo que no podrá asistir a la cita programada, no tendremos tiempo para programar otro paciente que, en algunos casos, necesita urgentemente ser atendido.

Por esta razón, solicitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación antes de cancelar o reprogramar una cita de visita al consultorio y un aviso de 48 horas para los procedimientos de tratamiento.

Tenga en cuenta que **nos reservamos el derecho de cargar su cuenta:**

- **\$ 25 por cita perdida.**
- **\$ 25 por cancelación tardía.**

Valoramos su tiempo y esperamos la misma cortesía a cambio. Además, la oficina se reserva el derecho de revocar los privilegios de citas para los pacientes que no cumplan. Entendemos que pueden ocurrir imprevistos y no siempre se puede evitar una cancelación tardía, por lo que daremos un primer aviso antes de hacer cumplir esta cláusula.

Por lo tanto, notifique a nuestra oficina con anticipación durante el horario comercial habitual si necesita cancelar o reprogramar su cita de acuerdo con los plazos enumerados anteriormente.

QNSmiles se reserva el derecho de actualizar y realizar cambios en las políticas de la oficina antes mencionadas en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, verifico que entiendo, estoy de acuerdo y acepto completamente las políticas descritas anteriormente. Además, reconozco que soy responsable de mí y de las cuentas de mis dependientes (si corresponde).

Gracias por su comprensión y cooperación.

✕ _____
Signature of patient / Responsible party
Date

_____ Relationship

✕ _____
Date