



CUÉNTANOS UN POCO SOBRE TI

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Nombre Preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Teléfono (Móvil): _____ Referido por: _____

E-mail: _____ Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico SI / NO

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Licencia de Conducir _____ Ocupación _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Género: H or M

Estado Civil: Soltero / Casado / Viudo(a)

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) / CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MEDICOS (HSA)
(seleccionar una) SI/NO

CARE CREDIT (seleccionar una) SI/NO

YO, POR EL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO AL DOCTOR A TOMAR RAYOS X, MODELOS DE ESTUDIO, FOTOGRAFÍAS O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA DE DIAGNÓSTICO QUE EL MÉDICO DEBE ADQUIRIR PARA HACER UN DIAGNÓSTICO DURO DE LAS NECESIDADES DENTALES DEL PACIENTE. TAMBIÉN AUTORIZO A LOS DENTISTAS DE MINT DENTISTRY PARA REALIZAR CUALQUIER Y TODAS LAS FORMAS DE TRATAMIENTO, MEDICACIÓN Y TERAPIA QUE PUEDAN INDICARSE. TAMBIÉN ENTIENDO QUE EL USO DE AGENTES ANESTÉSICOS EMBALAA CIERTO RIESGO. ENTIENDO QUE MI SEGURO DENTAL ES UN CONTRATO ENTRE EL TRANSPORTADOR DE SEGUROS Y YO, Y NO ENTRE EL TRANSPORTADOR DE SEGUROS Y MINT DENTISTRY, Y QUE SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS DERECHOS DENTALES. ESTAS TARIFAS SON DEBIDAS Y PAGABLES EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ASIGNO TAMBIÉN TODOS LOS BENEFICIOS DE SEGURO PARA MINT DENTISTRY. CUALQUIER PAGO RECIBIDO POR MI COBERTURA DE SEGUROS SERA CREDITADO A MI CUENTA, O REEMBOLSADO A MÍ. A SOLICITUD, SI HAYA PAGADO LAS TARIFAS DENTALES INCURRIDAS. HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SEGÚN LO REQUERIDO POR LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 ("HIPPA")

Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____



HISTORIAL DE SALUD

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted puede tener o los medicamentos que usted puede tomar podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está tomando píldoras o medicamentos?	Si	No	Si, porfavor explique_____		
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?	Si	No	Si, porfavor explique_____		
¿Alguna vez ha tenido una lesión seria en la cabeza o el cuello?	Si	No	Si, porfavor explique_____		
¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?	Si	No	Si, porfavor explique_____		
¿Tomas o tomaste Phen-Fen o Redux?	Si	No	Si, porfavor explique_____		
¿Está usted en una dieta especial?	Si	No	Mujeres, ¿Está tomando anticonceptivos orales?	Si	No
¿Usa tabaco?	Si	No	¿Está embarazada / está tratando de quedar embarazada?	Si	No
¿Utiliza sustancias controladas?	Si	No	¿Enfermería?	Si	No
¿Tú roncas?	Si	No			
¿Le han diagnosticado apnea del sueño?	Si	No			

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina	Penicilina	Codeína	Acrílico	Metal	Látex	Anestésicos Locales
----------	------------	---------	----------	-------	-------	---------------------

Otro: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA / VIH positivo	Dolores en el pecho	Dolores de cabeza frecuentes	Latido del corazón irregular	Fiebre escarlata
Enfermedad de Alzheimer	Llagas de Fiebre / ampollas de fiebre	Herpes genital	Problemas de riñon	Herpes
Anafilaxia		Glaucoma	Leucemia	Enfermedad de célula falciforme
Anemia	Trastorno congénito del corazón	Fiebre de heno	Enfermedad del hígado	Sinusitis
Angina	Convulsiones	Ataque al corazón / Fracaso	Presión arterial baja	Espina bífida
Artritis / Gota	Medicina de la cortisona	Murmullo del corazón	Enfermedad pulmonar	Estómago / Enfermedad Intestinal
Válvula Cardíaca Artificial	Diabetes	Fabricante del ritmo cardiaco	Prolapso de la válvula mitral	Ataque al Corazón
Articulación Artificial	Drogadicción	Problemas / Enfermedades	Dolor en las articulaciones de la mordaza	Hinchazón de miembros
Asma	Fácilmente sinuoso	Hemofilia	Enfermedad paratiroidea	Enfermedad de tiroides
Enfermedad de la sangre	Emphysema del corazón	Hepatitis A	Cuidado psiquiátrico	Amigdalitis
Transfusión de sangre	Epilepsia o convulsiones	Hepatitis B o C	Tratamientos de radiación	Tuberculosis
Problema respiratorio	Sangrado excesivo	Herpes	Pérdida de peso reciente	Tumores o crecimientos
Fácilmente abollado	Sed excesiva	Alta presion sanguinea	Diálisis renal	Úlceras
Cáncer	Desmayos / Mareos	Urticaria o erupción cutánea	Fiebre reumática	Enfermedad venérea
Quimioterapia	Tos frecuente	hipoglucemia	Reumatismo	Ictericia amarilla
	Diarrea Frecuente			

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada arriba? Si No Si, porfavor explique_____

Comentarios: _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi (o del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR_____ FECHA _____



¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR DE SU TRATAMIENTO?

En el caso de que desee que un familiar o un amigo discuta su tratamiento dental con nuestra oficina, debemos tener permiso / consentimiento por escrito de usted para hacerlo. En la sección "A", por favor indique a cualquier persona que usted otorga permiso o consentimiento para discutir su información, tales como radiografías, información de la cuenta, tratamiento, etc.

Si usted no desea dar su consentimiento a ninguna persona, por favor verifique la sección "B" abajo, firme y feche la parte inferior de esta forma. Se debe elegir una opción.

Si el paciente es menor de edad, discutiremos el tratamiento dental con el padre o tutor

- ☐ Por la presente doy permiso / consentimiento a Mint Dentistry para discutir cualquier información dental con los individuos nombrados a continuación.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- ☐ No deseo que Mint Dentistry discuta mi tratamiento dental con alguien aparte de mí.



TODO LO QUE NECESITAS SABER SOBRE LA PAGA

PÓLIZA FINANCIERA OFICIAL

En un esfuerzo por mantener las tarifas de tratamiento al mínimo mientras mantenemos un alto nivel de atención profesional, hemos establecido la siguiente póliza financiera para nuestra compañía. Por favor no dude en discutir nuestros honorarios con nosotros en cualquier momento. Antes de iniciar cualquier tratamiento dental, el paciente y / o la parte responsable recibirán una consulta sobre el plan de tratamiento y el costo.

Requerimos el pago completo por la porción, no cubierta por el seguro dental, de los servicios dentales a ser prestados. Para los procedimientos que requieren varias citas para completar, el pago puede dividirse por el número de citas requeridas.

Aceptamos efectivo, American Express, Visa, MasterCard, Discover y financiamiento externo a través de Care Credit. Las solicitudes de financiamiento externo para ayudar con el costo de su tratamiento dental están disponibles bajo petición. Los cheques personales no son aceptados en Mint Dentistry.

Al firmar a continuación el paciente está de acuerdo, hay una "Asignación de Beneficios" entendida a Mint Dentistry (y compañías afiliadas). En algunos casos, la asignación de beneficios es a veces erróneamente pasada por alto por las compañías de seguros y enviada por correo a los pacientes; Y en ese escenario el paciente es responsable de firmar el cheque a Mint Dentistry. Y el balance será responsabilidad del paciente.

Como cortesía a nuestros pacientes con seguro, presentaremos su reclamo de seguro, permitiéndole pagar solamente su deducible y / o co-pago estimado a medida que se prestan los servicios. Recuerde que el contrato es entre usted y su compañía de seguros. Hacemos todo lo posible para darle una estimación exacta de cuál será su porción de nuestros honorarios, basándonos en la información que se nos haga disponible. Sin embargo, no tenemos ninguna manera de garantizar los términos reales de su póliza. Cualquier disputa de cobertura o la cantidad de reembolso es entre usted y su compañía de seguros. Al aceptar esta póliza, usted acepta todas estas condiciones.

En Mint Dentistry programaremos nuestras citas para proporcionar a cada paciente nuestra atención total. Para lograr esto, necesitamos una **confirmación de 24 horas** en todas las citas. **Tenga en cuenta que se le cobrará por cancelaciones con menos de 24 horas de aviso** a la tarifa de \$ 50.00 para citas de examen/higiene y \$ 75.00 para citas de procedimientos dentales. También tenga en cuenta que el pago por los servicios que se proporcionan por los pacientes de Mint Dentistry se aplicará a los saldos de los pacientes. Si el paciente cambia de opinión por cualquier razón durante el tratamiento, el paciente seguirá siendo responsable del pago completo. Mint Dentistry garantiza que las coronas cosméticas y las coronas posteriores que se quiebren serán reemplazadas con una corona de reemplazo mientras el paciente regrese cada seis meses para su limpieza regular.

Apreciamos su confianza en la elección de nuestra práctica. Por favor, no dude en consultar con un miembro del personal si tiene alguna pregunta sobre esta póliza.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con la Póliza Financiera Oficial indicada en la sección previa.

Firma: _____

Fecha: _____



ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, asigno, transmito y transfiero directamente a Mint Dentistry todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios dentales y / o reembolso de seguro que se me pague a mí por la atención dental prestada por Mint Dentistry, que se proporcionan en todas y cada una de las pólizas de seguro y Planes de beneficios de salud de los cuales tengo derecho a los servicios o tengo derecho a recuperar (incluyendo todos los derechos de seguir todos los recursos administrativos asociados, reclamos y / o demandas contra dichas pólizas y / o planes). Esto constituye una asignación expresa y consciente de ERISA incumplimiento de las reclamaciones de derechos fiduciarios y otras reclamaciones legales y / o administrativas.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de los pagos de seguros o beneficios, y cualquier pago recibido de estas pólizas y / o planes se aplicará a la cantidad que he acordado pagar por los servicios prestados. En consecuencia, autorizo a mi compañía de seguros o a cualquier tercer pagador/compañía a pagar mis beneficios dentales directamente a Mint Dentistry por los beneficios de los gastos dentales permitidos y pagaderos a mí, bajo mi póliza de seguro actual como pago para los cargos totales por servicios dentales prestados. Esta es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta póliza. Este pago no excederá mi deuda con el cesionario mencionado previamente. Una fotocopia de esta cesión será considerada como efectiva y válida como la original. También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso. Autorizo a Mint Dentistry a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier razón en mi nombre.

A menos que sea revocada, esta Asignación de Beneficios es válida para todos los exámenes administrativos y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma de la atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables.

Nombre: _____

Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____



SEAMOS AMIGOS

Gracias por unirse a la familia MINT. Queremos estar conectados con las personas que más nos importan. Por favor, comparte su información de medios sociales con nosotros para que podamos compartir y seguir a su cuenta hoy. Sigamos y dele "like" a nuestra pagina para permanecer conectados.

Twitter: _____

Instagram: _____

Facebook: _____

Snapchat: _____

Tumblr: _____

Pinterest: _____



@mintdentistry