



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE
(GENERAL PATIENT INFORMATION)

APELLIDO DEL PACIENTE
(PATIENT LAST NAME)

NOMBRE DEL PACIENTE
(PATIENT FIRST NAME)

SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE
(PATIENT MIDDLE NAME)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
(EMAIL ADDRESS)

TELÉFONO DE CASA
(HOME PHONE)

TELÉFONO MÓVIL
(CELL PHONE)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

SEGURIDAD SOCIAL #
(SOCIAL SECURITY)

GÉNERO
(GENDER)

Hembra (FEMALE) Hombre (MALE)

ESTADO CIVIL
(MARITAL STATUS)

SOLTERO (SINGLE) CASADO (MARRIED) DIVORCIADO (DIVORCED) VIUDO (WIDOWED)

ESTADO DEL ESTUDIANTE
(STUDENT STATUS)

TIEMPO COMPLETO (FULL TIME) TIEMPO PARCIAL (PART TIME)

NOMBRE DE ESCUELA
(NAME OF SCHOOL)

ESTADO DE EMPLEO
(EMPLOYMENT STATUS)

TIEMPO COMPLETO (FULL TIME) TIEMPO PARCIAL (PART TIME)

JUBILADO (RETIRE)

EMPLEADOR
(EMPLOYER)

REFERIDO POR
(REFERRED BY)

¿HAS SIDO VISTO POR NUESTRA PRÁCTICA?
(HAVE YOU BEEN SEEN BY OUR PRACTICE?)

SI NO

¿ALGÚN FAMILIAR HA VISTO NUESTRA PRÁCTICA?
(HAS A FAMILY MEMBER BEEN SEEN OUR PRACTICE?)

SI NO

DOY PERMISO A WOOD & MYERS PARA DEJAR MENSAJES SOBRE MI INFORMACIÓN MÉDICA, DENTAL Y FINANCIERA A TRAVÉS DE LO SIGUIENTE:

CORREO DE VOZ TEXTO CORREO ELECTRÓNICO : SI NO

CONTACTO DE EMERGENCIA
(EMERGENCY CONTACT)

NOMBRE
(NAME)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
(RELATIONSHIP TO PATIENT)



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

INFORMACIÓN DE CONTACTO MÉDICO
(MEDICAL INFORMATION)

DIRECCIÓN / CONTACTO DEL DENTISTA
(DENTIST ADDRESS/CONTACT)

DOCTOR PRIMARIO DIRECCIÓN / CONTACTO
(PRIMARY DOCTOR ADDRESS/ CONTACT)

DIRECCIÓN / CONTACTO DEL ESPECIALISTA
(SPECIALIST ADDRESS/ CONTACT)

DIRECCIÓN / CONTACTO DE LA FARMACIA
(PHARMACY ADDRESS/ CONTACT)

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

DOY PERMISO PARA QUE WOOD & MYERS
PROPORCIONE CUALQUIER INFORMACIÓN
RELATIVA A MI INFORMACIÓN MÉDICA,
DENTAL Y FINANCIERA A LA PERSONA
MENCIONADA A CONTINUACIÓN.

NOMBRE
(NAME)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
(RELATIONSHIP TO PATIENT)



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

INFORMACIÓN DEL SEGURO
(INSURANCE INFORMATION)

¿ESTÁ INSCRITO ACTUALMENTE EN MEDICARE? SÍ NO
(ARE YOU CURRENTLY ENROLLED IN MEDICARE?)

EMPLEADOR
(EMPLOYER)

DENTAL PRIMARIA
PROVEEDOR DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY)

ASEGURADO
(INSURED PARTY)

NOMBRE DEL EMPLEADOR
(NAME OF EMPLOYER)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY NAME)

NOMBRE DEL ASEGURADO
(NAME OF INSURED PARTY)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

POLÍTICA#
(POLICY #)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
(ID #)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

GRUPO #
(GROUP #)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
(RELATIONSHIP TO PATIENT)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL #
(SOCIAL SECURITY)

EMPLEADOR
(EMPLOYER)

DENTAL SECUNDARIA
PROVEEDOR DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY)

ASEGURADO
(INSURED PARTY)

NOMBRE DEL EMPLEADOR
(NAME OF EMPLOYER)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY NAME)

NOMBRE DEL ASEGURADO
(NAME OF INSURED PARTY)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

POLÍTICA#
(POLICY #)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
(ID #)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

GRUPO #
(GROUP #)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
(RELATIONSHIP TO PATIENT)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL #
(SOCIAL SECURITY)



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

INFORMACIÓN DEL SEGURO
(INSURANCE INFORMATION)

MÉDICO PRIMARIO

EMPLEADOR
(EMPLOYER)

PROVEEDOR DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY)

ASEGURADO
(INSURED PARTY)

NOMBRE DEL EMPLEADOR
(NAME OF EMPLOYER)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY NAME)

NOMBRE DEL ASEGURADO
(NAME OF INSURED PARTY)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

POLÍTICA#
(POLICY #)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
(ID #)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

GRUPO #
(GROUP #)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
(RELATIONSHIP TO PATIENT)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL #
(SOCIAL SECURITY)

MEDICA SECUNDARIA

EMPLEADOR
(EMPLOYER)

PROVEEDOR DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY)

ASEGURADO
(INSURED PARTY)

NOMBRE DEL EMPLEADOR
(NAME OF EMPLOYER)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
(INSURANCE COMPANY NAME)

NOMBRE DEL ASEGURADO
(NAME OF INSURED PARTY)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

POLÍTICA#
(POLICY #)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
(ID #)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

GRUPO #
(GROUP #)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
(RELATIONSHIP TO PATIENT)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL #
(SOCIAL SECURITY)



HISTORIAL MÉDICO

(MEDICAL HISTORY)

ALTURA _____

(HEIGHT)

PESO _____

(WEIGHT)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

(PATIENT NAME)

CIRUGÍAS ANTERIORES O ENFERMEDADES GRAVES
(PREVIOUS SURGERIES OR SERIOUS ILLNESSES)

POR FAVOR CIRCULE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA A CONTINUACIÓN SOBRE SU ANTECEDENTE DE SALUD.

(CIRCLE YES OR NO FOR EVERY QUESTION BELOW REGARDING YOUR HEALTH HISTORY.)

SISTEMA CARDIOVASCULAR

(CARDIOVASCULAR SYSTEM)

¿ESTÁ ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN CARDIÓLOGO?

SÍ O NO

(ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF A CARDIOLOGIST?
YES OR NO)

EN CASO SÍ, NOMBRE DE LA PRÁCTICA DE CARDIOLOGÍA:

(IF YES, NAME OF CARDIOLOGY PRACTICE)

SÍ NO PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL

(YES NO MITRAL VALVE PROLAPSE)

SÍ NO DOLOR DE PECHO, ANGINA

(YES NO CHEST PAIN, ANGINA)

SÍ NO ATAQUE AL CORAZÓN O ACV

(YES NO HEART ATTACK OR STROKE)

SISTEMA PULMONAR

(PULMONARY SYSTEM)

SÍ NO ASMA

(YES NO ASTHMA)

SÍ NO BRONQUITIS (ÚLTIMOS 3 MESES)

(YES NO BRONCHITIS (PAST 3 MONTHS))

SÍ NO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

(YES NO CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE)

SÍ NO ENFISEMA

(YES NO EMPHYSEMA)

SÍ NO FALTA DE RESPIRACIÓN

(YES NO SHORTNESS OF BREATH)

SÍ NO APNEA DEL SUEÑO

(YES NO SLEEP APNEA)

SÍ NO PALPITACIONES O FLATEO DEL CORAZON

(YES NO HEART PALPITATIONS OR FLUTTER)

SÍ NO PRESIÓN ARTERIAL ALTA

(YES NO HIGH BLOOD PRESSURE)

SÍ NO FIEBRE REUMÁTICA

(YES NO RHEUMATIC FEVER)

SÍ NO OTRA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O DE LOS VASOS

(YES NO OTHER HEART OR VESSEL DISEASE)

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:

(IF YES, PLEASE DESCRIBE)

SÍ NO NEUMONÍA (ÚLTIMOS 3 MESES)

(YES NO PNEUMONIA (PAST 3 MONTHS))

SÍ NO TOS PRODUCTIVA

(YES NO PRODUCTIVE COUGH)

SÍ NO CONGESTIÓN NASAL

(YES NO NASAL CONGESTION)

SÍ NO SANGRACIONES DE NARIZ

(YES NO NOSE BLEEDS)

SÍ NO FUMAR / PRODUCTOS DE TABACO

(YES NO SMOKING / TOBACCO PRODUCTS)

EN CASO SÍ, POR CUÁNTO TIEMPO:

(IF YES, FOR HOW LONG:)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

MUJER
(WOMEN)

SÍ NO ¿ESTÁ EMBARAZADA O PLANIFICA EMBARAZO?
(YES NO ARE YOU PREGNANT OR PLANNING PREGNANCY?)

SÍ NO ¿ESTÁ ENFERMERA?
(YES NO ARE YOU NURSING?)

GASTROINTESTINAL

SÍ NO ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO
(YES NO GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE)

SÍ NO SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE
(YES NO IRRITABLE BOWEL SYNDROME)

SÍ NO COLITIS
(YES NO COLITIS)

SÍ NO OTRO
(YES NO OTHER)

SÍ NO ENFERMEDAD DE CROHN
(YES NO CROHN'S DISEASE)

EN CASO **AFIRMATIVO**, DESCRIBA:
(IF YES, PLEASE DESCRIBE:)

OTHER

SÍ NO ANEMIA
(Yes No ANEMIA)

SÍ NO ¿HA TENIDO UNA CONCUSIÓN DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?
EN CASO SÍ, FECHA Y PROBLEMAS MÉDICOS/RESTRICCIONES:
(Y N HAVE YOU HAD A CONCUSSION IN THE PAST YEAR?
IF YES, DATE AND MEDICAL ISSUES/RESTRICTIONS:)

SÍ NO ICTERICIA
(Yes No JAUNDICE)

SÍ NO ¿ESTÁ ACTUALMENTE BAJO ATENCIÓN MÉDICA POR
ALGÚN MOTIVO?
EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:
(Y N ARE YOU PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE FOR ANY REASON?
IF YES, PLEASE DESCRIBE:)

SÍ NO HEPATITIS
(Yes No HEPATITIS)

SÍ NO MONONUCLEOSIS (MONO)
(Yes No MONONUCLEOSIS (MONO))

SÍ NO DIABETES
(Yes No DIABETES)

SÍ NO ¿Usted o algún familiar de sangre ha tenido complicaciones
graves?
¿CON ANESTESIA GENERAL? EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:
(Y N HAVE YOU OR A BLOOD RELATIVE HAD SERIOUS COMPLICATIONS
WITH GENERAL ANESTHESIA? IF YES, PLEASE DESCRIBE:)

SÍ NO ENFERMEDAD DE LA TIROIDES
(Yes No THYROID DISEASE)

SÍ NO EPILEPSIA / CONVULSIONES
(Yes No EPILEPSY / CONVULSIONS)

SÍ NO ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON LA ANESTESIA LOCAL?
EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:
Y N HAVE YOU HAD A PROBLEM WITH LOCAL ANESTHESIA?
IF YES, PLEASE DESCRIBE:

SÍ NO GLAUCOMA
(Yes No GLAUCOMA)

SÍ NO EPISODIOS DE DESMAYOS
(Yes No FAINTING EPISODES)

SÍ NO PROBLEMAS DE SANGRADO
(Yes No BLEEDING PROBLEMS)

SÍ NO ¿CONSUMAS ALCOHOL? EN CASO SÍ, CUÁNTO:
Y N DO YOU USE ALCOHOL? IF YES, HOW MUCH:

SÍ NO DIAGNÓSTICO VENÉREO O SIDA
(Yes No VENEREAL OR AIDS DIAGNOSIS)

SÍ NO ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTOS DE RADIACIÓN?
EN CASO SÍ, DESCRIBA FECHA, ÁREA Y CANTIDAD DE RADIACIÓN:
Y N HAVE YOU HAD RADIATION TREATMENTS?
IF YES, PLEASE DESCRIBE DATE, AREA AND AMOUNT OF RADIATION:

SÍ NO TRANSFUSIÓN DE SANGRE
(Yes No BLOOD TRANSFUSION)

SÍ NO TUBERCULOSIS
(Yes No TUBERCULOSIS)

SÍ NO PROBLEMAS DE SALUD EMOCIONAL/MENTAL
(YES NO EMOTIONAL / MENTAL HEALTH PROBLEMS)

SÍ NO MAREO POR MOVIMIENTO
(YES NO MOTION SICKNESS)

SÍ NO ENFERMEDAD RENAL
(YES NO KIDNEY DISEASE)

SÍ NO ENFERMEDAD DE CÉLULAS falciformes
(YES NO SICKLE CELL DISEASE)

SÍ NO ENFERMEDAD MUSCULAR
(YES NO MUSCULAR DISEASE)

SÍ NO ENFERMEDAD DE PARKINSON
(YES NO PARKINSON'S DISEASE)

SÍ NO USAR LENTES DE CONTACTO/GAFAS
(YES NO WEAR CONTACT LENSES / GLASSES)

SÍ NO TMJ
(YES NO TMJ)

SÍ NO REPUESTOS DE ARTICULACIONES QUIRÚRGICAS
(YES NO SURGICAL JOINT REPLACEMENTS)

SÍ NO OSTEOPOROSIS / OSTEOPENIA
(YES NO OSTEOPOROSIS / OSTEOPENIA)

SÍ NO¿HAY ALGO SUELTO O REMOVIBLE EN SU BOCA ES DECIR. Dientes flojos, dentaduras postizas, retenedores, lengua ¿JOYAS, ETC.?
(YES NO IS THERE ANYTHING LOOSE OR REMOVEABLE IN YOUR MOUTH I.E. LOOSE TOOTH, DENTURES, RETAINERS, TONGUE JEWELRY, ETC?)

ALERGIAS
(ALLERGIES)

SÍ NO¿ES ALÉRGICO DE LOS PRODUCTOS DE LÁTEX O GOMA?
(YES NO ARE YOU ALLERGIC TO LATEX OR RUBBER PRODUCTS?)

SÍ NO¿ES ALÉRGICO PARA SOYAR PRODUCTOS O HUEVOS?
(YES NO ARE YOU ALLERGIC TO SOY PRODUCTS OR EGGS?)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

SÍ NO TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, MEDICAMENTO U OPERACIÓN DE TRASPLANTE

¿QUE HA DEPRIMIDO TU SISTEMA INMUNITARIO?
¿ESTÁ TOMANDO O HA TOMADO ALGUNA DENSIDAD ÓSEA?
MEDICAMENTOS O BIFOSFONATOS COMO **FOSAMAX, BONIVA, ACTONEL, IV-ZOMETA, AREDIA, XGEVA, PROLIA O RECLAST** EN ¿LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS?

¿LE HA RECOMENDADO UN MÉDICO O DENTISTA ANTERIOR QUE ¿TOMA ANTIBIÓTICOS ANTES DE SU TRATAMIENTO DENTAL?
EN CASO SÍ, POR QUÉ MOTIVO:

(Y N DO YOU HAVE ANY DISEASE, DRUGS OR TRANSPLANT OPERATION THAT HAS DEPRESSED YOUR IMMUNE SYSTEM?
ARE YOU TAKING, OR HAVE YOU EVER TAKEN, BONE DENSITY MEDS OR BISPHTHONATES SUCH AS FOSAMAX, BONIVA, ACTONEL, IV-ZOMETA, AREDIA, XGEVA, PROLIA, OR RECLAST IN THE PAST 12 YEARS?

HAS A PHYSICIAN OR PREVIOUS DENTIST RECOMMENDED THAT YOU TAKE ANTIBIOTICS PRIOR TO YOUR DENTAL TREATMENT? IF YES, FOR WHAT REASON:)

SÍ NO¿HAY ALGUNA OTRA CONDICIÓN NO MENCIONADA EN ESTE FORMULARIO?

¿QUE CREE QUE DEBEMOS SER CONSCIENTES?
EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:

(Y N IS THERE ANY OTHER CONDITION NOT LISTED ON THIS FORM THAT YOU FEEL WE SHOULD BE MADE AWARE OF?
IF YES, PLEASE DESCRIBE:)

SÍ NO¿ES USTED ALÉRGICO A LOS ANESTÉSICOS LOCALES O A LOS MEDICAMENTOS ENDURECEDORES?
(ARE YOU ALLERGIC TO LOCAL ANESTHETIC OR NUMBING MEDS?)

SÍ NO¿ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? EN CASO SÍ, POR FAVOR INDIQUE:
(ARE YOU ALLERGIC TO ANY MEDICATIONS? IF YES, PLEASE LIST:)



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

TARIFAS Y PAGOS

HACEMOS TODO ESFUERZO PARA MANTENER BAJO EL COSTO DE SU ATENCIÓN. ESTAMOS COMPROMETIDOS CON QUE SU TRATAMIENTO SEAN EXITOSOS. POR FAVOR COMPRENDA QUE EL PAGO DE SU FACTURA SE CONSIDERA PARTE DE SU TRATAMIENTO. INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DEL SEGURO, USTED ES RESPONSABLE DEL SALDO DEBIDO EN SU CUENTA. USTED ES RESPONSABLE DE TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS. COMO CORTESÍA HACIA USTED, NUESTRA OFICINA PROPORCIONA CIERTOS SERVICIOS, INCLUYENDO ESTIMADOS PREVIOS AL TRATAMIENTO QUE PODEMOS ENVIAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A SU SOLICITUD. ES FÍSICAMENTE IMPOSIBLE PARA NOSOTROS TENER CONOCIMIENTO Y LLEVAR UN SEGUIMIENTO DE CADA ASPECTO DE SU SEGURO.

TENGA EN CUENTA QUE ALGUNOS O QUIZÁS TODOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS PUEDEN O NO ESTAR CUBIERTOS POR SU PÓLIZA DE SEGURO. Depende de usted ponerse en contacto con su compañía de seguros y preguntar qué beneficios le ha comprado su empleador. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE EL ESTIMADO PREVIO AL TRATAMIENTO Y/O LA TARIFA DEL SERVICIO, ES SU RESPONSABILIDAD QUE SE LE RESPONDAN ANTES DEL TRATAMIENTO PARA MINIMIZAR CUALQUIER CONFUSIÓN EN SU NOMBRE. EL PAGO TOTAL SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. SI SE APLICAN BENEFICIOS DEL SEGURO, LOS COPAGOS, DEDUCIBLES Y COASEGUROS ESTIMADOS DEL PACIENTE DEBEN PAGAR AL MOMENTO DEL SERVICIO. CUALQUIER SALDO ES SU RESPONSABILIDAD YA SEA QUE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGUE O NO ALGUNA PARTE.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE

ESTA FIRMA EN EL ARCHIVO ES MI AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR MI RECLAMACIÓN. POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO A ESTE MÉDICO NOMBRADO DE LOS BENEFICIOS QUE DE OTRA MANERA ME PAGAN A MÍ.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE

AUTORIZACIÓN

SI ES NECESARIO, AUTORIZO AL CIRUJANO Y A SU PERSONAL DESIGNADO A REALIZAR UN EXAMEN ORAL Y MAXILOFACIAL CON FINES DE DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTO. TAMBIÉN AUTORIZO LA TOMA DE RAYOS X QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS. AUTORIZO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI TRATAMIENTO DEBE SER DIVULGADA A MIS OTROS MÉDICOS Y/O COMPAÑÍAS DE SEGUROS. PERMITO QUE SE DEJEN MENSAJES EN MI TELÉFONO CASA, CELULAR Y/O CORREO ELECTRÓNICO.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE

POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE SE HA PUESTO A MI DISPOSICIÓN UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA. SI TENGO ALGUNA PREGUNTA LA ATENDERÉ EN MI CITA.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

ESTAMOS COMPROMETIDOS A BRINDARLE LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE Y ESTAREMOS ENCANTADOS DE DISCUTIR NUESTROS HONORARIOS PROFESIONALES CON USTED EN CUALQUIER MOMENTO. SU CLARO COMPRESIÓN DE NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA ES IMPORTANTE PARA NUESTRA RELACIÓN PROFESIONAL. POR FAVOR PREGUNTE SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE NUESTRAS HONORARIOS, POLÍTICA FINANCIERA O SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA. SI NO TIENE SEGURO, ESPERAMOS EL PAGO COMPLETO DE TODO EL TRATAMIENTO AL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE HAYAN HECHO OTROS ARREGLOS ANTERIORMENTE. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA Y MASTERCARD.

SOBRE EL SEGURO

SI TIENE SEGURO, PODEMOS AYUDARLE A PRESENTAR SU RECLAMACIÓN. SU RECLAMACIÓN DE SEGURO SÓLO SE COMPLETARÁ Y PRESENTARÁ SI NOS PROPORCIONA TODA LA INFORMACIÓN PERTINENTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. ES SU RESPONSABILIDAD VERIFICAR QUE SU POLÍTICA ESTÉ VIGENTE EN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZAN SUS SERVICIOS. DE LO CONTRARIO, USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. DESAFORTUNADAMENTE, ES POSIBLE QUE NO SEAMOS CONSCIENTES DE LAS LIMITACIONES DE SUS PLANES ESPECÍFICOS, LO QUE PUEDE RESULTAR EN UN PAGO QUE DIFERENCIA DE NUESTRO COSTO ESTIMADO O REAL DE SU TRATAMIENTO, TALES COMO:

- CLÁUSULA DE DIENTE FALTANTE
- TRÁMITES QUE NO SON BENEFICIO
- INFORMACIÓN INEXACTA RECIBIDA DEL PACIENTE
- MÁXIMO DE BENEFICIO ANUAL ALCANZADO
- CAMBIOS O TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

LOS TARIFAS RESULTANTES DE LÍMITES Y EXCLUSIONES SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

EL SEGURO ES UN ACUERDO ENTRE USTED Y SU COMPAÑÍA DE SEGUROS. LE INFORMAREMOS SI ESTAMOS PARTICIPANDO CON SU PLAN DE SEGURO Y MANEJAREMOS SU RECLAMACIÓN DE ACUERDO CON NUESTRO ACUERDO CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. PRESENTAMOS RECLAMACIONES DE SEGURO COMO CORTESÍA HACIA USTED, NUESTRO PACIENTE. NO NOS INVOLUCRAREMOS EN DISPUTAS ENTRE USTED Y SU COMPAÑÍA DE SEGUROS CON RESPECTO A DEDUCIBLES, COPAGOS, CARGOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS, SEGUROS SECUNDARIOS, CARGOS "USUALES Y HABITUALMENTE", ETC., APARTE DE SUMINISTRAR INFORMACIÓN HECHO NECESARIA. LOS DEDUCIBLES Y/O COPAGOS DEBEN SER PAGADOS POR USTED EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO PRONTO DE SU CUENTA. SI NO RECIBIMOS EL PAGO DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LOS 90 DÍAS, EL SALDO DE LA CUENTA SE CONVIERTE EN SU RESPONSABILIDAD. POR LA PRESENTE AUTORIZO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- AUTORIZO EL USO DE ESTE FORMULARIO EN TODAS MIS PRESENTACIONES DE SEGURO.
- AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TODAS MIS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.
- ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE MI CUENTA.
- AUTORIZO A MI MÉDICO A ACTUAR COMO MI AGENTE PARA AYUDARME A OBTENER EL PAGO DE MIS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.
- AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE A MI MÉDICO.
- PERMITO QUE SE UTILICE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN EN LUGAR DEL ORIGINAL.
- ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS QUE ME PROPORCIONÓ MI MÉDICO O SU PERSONAL NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO.
- ENTIENDO QUE EL PAGO DE MI CUENTA DEBE RECIBIRSE DENTRO DE LOS 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL SERVICIO, INDEPENDIENTE DE MI SEGURO.

HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA ANTERIOR Y ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, YA SEA QUE MI SEGURO LOS PAGUE O NO. ENTIENDO QUE SI MI CUENTA NO SE PAGA DENTRO DE LOS 90 DÍAS, SERÁ ENTREGADA A LA OFICINA DE CRÉDITO PARA SU COBRO Y SE AGREGARÁ UNA TARIFA DE COBRO DEL 30%.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(PATIENT NAME)

ATENCIÓN DESTINATARIOS DE MEDICARE

MEDICARE SÓLO PAGARÁ LOS SERVICIOS QUE DETERMINE QUE SER RAZONABLES Y NECESARIOS SEGÚN LA SECCIÓN 1862(A)(1) DE LA LEY DE MEDICARE. SI MEDICARE DETERMINA QUE UN SERVICIO EN PARTICULAR, AUNQUE DE OTRA MANERA ESTARÍA CUBIERTO, "NO ES RAZONABLE NI NECESARIO" SEGÚN LOS ESTÁNDARES DEL PROGRAMA DE MEDICARE, MEDICARE NEGARÁ EL PAGO POR ESE SERVICIO.

SI MEDICARE NIEGA EL PAGO, ACEPTO SER PERSONAL Y TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN A:

EL PACIENTE DA SU CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE
(PATIENT NAME)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
(EMAIL ADDRESS)

DIRECCIÓN
(ADDRESS)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(SOCIAL SECURITY NUMBER)

NÚMERO DE TELÉFONO
(PHONE NUMBER)

SECCIÓN B: AL PACIENTE: LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

FINALIDAD DEL CONSENTIMIENTO: AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED ACEPTA NUESTRO USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA REALIZAR TRATAMIENTO, ACTIVIDADES DE PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: USTED TIENE DERECHO A LEER NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ANTES DE DECIDIR SI FIRMA ESTE CONSENTIMIENTO. NUESTRO AVISO PROPORCIONA UNA DESCRIPCIÓN DE NUESTRO TRATAMIENTO, ACTIVIDADES DE PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA, DE LOS USOS Y DIVULGACIONES QUE PODEMOS HACER DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y DE OTROS ASUNTOS IMPORTANTES ACERCA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. UNA COPIA DE NUESTRO AVISO ACOMPAÑA ESTE CONSENTIMIENTO. LE ANIMAMOS A LEERLO DETENIDA Y COMPLETAMENTE ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE CAMBIAR NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMO SE DESCRIBE EN NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. SI CAMBIAMOS NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EMITIREMOS UN AVISO REVISADO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE CONTENDRÁ LOS CAMBIOS. ESOS CAMBIOS PUEDEN APLICARSE A CUALQUIER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE MANTENGAMOS.

USTED PUEDE OBTENER UNA COPIA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, INCLUYENDO CUALQUIER REVISIÓN DE NUESTRO AVISO, EN CUALQUIER MOMENTO CONTACTANDO A:

WOOD & MYERS ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY,
P.C. ATTN: PRIVACY OFFICER
207 SOUTH 32ND STREET
CAMP HILL, PA 17011
(717) 763-1970 PH (717) 975-2891 FAX

DERECHO A REVOCAR: USTED TENDRÁ DERECHO A REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO DARNOS UN AVISO POR ESCRITO DE SU REVOCACIÓN ENVIADO A LA PERSONA DE CONTACTO MENCIONADA ARRIBA. POR FAVOR, COMPRENDA QUE LA REVOCACIÓN DE ESTE CONSENTIMIENTO NO AFECTARÁ NINGUNA ACCIÓN QUE TOMAMOS BASANDO EN ESTE CONSENTIMIENTO ANTES DE RECIBIR SU REVOCACIÓN, Y QUE PODEMOS NEGARNOS A TRATARLE O CONTINUAR TRATÁNDOLO SI USTED REVOCA ESTE CONSENTIMIENTO.

HE TENIDO TOTAL OPORTUNIDAD DE LEER Y CONSIDERAR EL CONTENIDO DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y SU AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. ENTIENDO QUE, AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, ESTOY DANDO MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA REALIZAR TRATAMIENTO, ACTIVIDADES DE PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

FIRMA
SIGNATURE

FECHA
DATE