

# Northside Dental

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre De Preferencia: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_ / Dia \_\_\_\_ / Año \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Número de Telefono: \_\_\_\_\_ Otro Número: \_\_\_\_\_

¿Como Supo de Nosotros? \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación Con Usted: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

## Información De Su Dentista Anterior

Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_ Nombre de la Oficina \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

## Informacion de su Aseguranza Dental

Nombre del Subscritor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Portador de su Aseguranza: \_\_\_\_\_

Numero de Identificacion : \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Numero de Telephono #: \_\_\_\_\_

## Alergias

\_\_Anestesia \_\_Aspirina \_\_Acetaminofen \_\_Codeína \_\_Barbitúricos \_\_Látex \_\_Ibuprofeno \_\_Antibioticos  
\_\_Sulfa \_\_Metal Otro: \_\_\_\_\_

- Historia de enfermedad de las encías
- Historia de adicción  
\_\_Drogas \_\_Alchol
- Historia del uso tabaco
- SIDA/VIH
- Anemia
- Anesiedad/ Anxiety
- Articulaciones Artificiales  
Fecha: \_\_\_\_\_
- Asma / Asthma
- Sangrado Anormal / Bleeding Abnormally
- Cancer / Cancer
- Problemas Circulatorios

- Diabetes
- Depresión / Depression
- Mareo / Dizziness
- Enfisema / Emphysema
- Epilepsia / Epilepsy/ Seizures
- Endocarditis
- Dolores de Cabeza/Headaches
- Enfermedad cardíaca/Heart Disease
- Soplo Cardíaco/Heart Murmur
- Hepatitis Tipo: \_\_\_\_\_
- Hipertensión/HighBlood Pressure
- Presión Arterial Baja/ Low Blood Pressure

- Osteoporosis
- Macrapasos /Pacemaker
- Enfermedad Respiratoria/Respiratory Disease
- Falta de Aliento /Shortness of Breathe
- Infeccion Sinusal / Sinus Trouble
- Ataque / Stroke
- Tuberculosis
- Other**

\_\_\_ NINGUNA

Nombre de medicamentos	DOSIS	Por qué
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

➤ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Directrices Financieras

- ✓ **MÉTODOS DE PAGO:** Con mucho gusto aceptamos todas las tarjetas de crédito principales, opciones de financiación en efectivo y varias CareCredit® and LendingClub®
- ✓ **SOMOS LOS HONORARIOS DEL SERVICIO:** Esto quiere decir que usted es responsable de todos los pagos a Northside Dental en el momento del servicio.
- ✓ **SEGURO:** No aceptamos Medicaid.

## Información de los Citas

- Correctamente preguntamos para de **2 días hábiles** para cualquier cambio o cancelaciones, de modo que nosotros podamos dar lo que reservó el tiempo a otro paciente en la necesidad. Entendemos cosas subidas.
- No hay **50 dólares \*por hora\*** ningunos honorarios de espectáculo de TODAS las citas (los nombramientos), de ser canceladas menos de 2 días hábiles por adelantado. Por favor entienda que los pacientes quiénes el ausente niega a varios de nuestros pacientes la oportunidad de recibir el cuidado ellos necesitan.
- Si ustedes serán más de 15 minutos tarde o si usted viene a su cita (nombramiento) y decide que usted tiene que marcharse, habrá los honorarios de 25 dólares pagados en aquel tiempo.
- Entiendo que mi equilibrio (saldo) de cuenta, de ser dejado (abandonado) impagado, se remitirá a una agencia de colección. También entiendo que si el tratamiento o el cuidado son suspendidos en cualquier momento por mí el paciente, todos los honorarios para servicios profesionales dados estará previsto inmediatamente.
- Por favor entienda, guardar (mantener) su reserva dental, esto es la responsabilidad del paciente de confirmar su/su cita (nombramiento) antes de la siguiente fecha prevista. A no ser que de otra manera no notado, tendremos que cancelar aquella cita (nombramiento) debido a la no confirmación. Esto debe asegurar que los pacientes en la necesidad conseguirán la continuidad de cuidado que ellos merecen. Usted puede confirmar la cita (el nombramiento) en el tiempo es programado.

**AUTORIZACIÓN:** Autorizo a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento dental realizado por mi dentista, y a la liberación de la información acerca de mi (o de mi hijo (a) de cuidado de la salud, asesoramiento y tratamiento a otro dentista, o para evaluar y administrar cualquier reclamación para beneficios de seguro.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## HIPPA Consentimiento

- **Objetivo de Consentimiento:** Por firmando esta forma, usted consentirá en nuestro empleo y descubrimiento de su información de salud protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de asistencia médica.
  - Aviso de Prácticas de Intimidad: Usted tiene el derecho de leer el Aviso de Prácticas de Intimidad antes de que usted decida si hay que firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones de asistencia médica, de los empleos y descubrimientos que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le animamos (fomentamos) a leerlo con cuidado y completamente antes del firmar este Consentimiento.
  - Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de intimidad como descrito en nuestro Aviso de Prácticas de Intimidad. Si cambiamos nuestras prácticas de intimidad, publicaremos (emitiremos) un Aviso revisado de Prácticas de Intimidad, que contendrán los cambios. Aquellos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.
  - Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Intimidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento por leyendo la carpeta negra proporcionada a usted en la recepción el área.
- **Derecho de Revocar:** Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por dándonos el aviso escrito de su revocación sometida al Doctor Brandon Cera. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción tomamos en la confianza sobre este consentimiento antes de que nosotros recibiéramos su revocación.
- **Reconocimiento:** He tenido la oportunidad llena de leer y considerar el contenido de esta forma de Consentimiento y el Aviso de Prácticas de Intimidad. Entiendo que, por firmando esta forma de Consentimiento, doy mi consentimiento a su empleo y descubrimiento de mi información de salud protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de cuidado de brezal.

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

*Por la presente autorizo al Doctor Cera para obtener / liberan cualquier información que concierne mi salud o el cuidado dental, el consejo, el tratamiento, suministra rayos X proporcionados/usados, apuntes de carta y otra información que va al ayudante en la e de coche que toma de mí. Esto es la información sólo será usado en la confirmación (prueba) del cuidado dental, reclamaciones dentales y/o discusión de opciones de tratamiento con otros profesionales dentales. Por favor permita a los profesionales siguientes médicos / la gente para tener el acceso a mis registros, incluyendo, pero no limitado con, proyectos de tratamiento, pagos, veces de cita (nombramiento) y preguntas de seguros.*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dentista Anterior:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_

**IF EMAILING X-RAYS PLEASE EMAIL TO << [Info@NorthsideDentalSantaFe.com](mailto:Info@NorthsideDentalSantaFe.com) (.JPG format only please) >>**