

BIENVENIDOS

Bienvenidos a Primary Dental, estamos felices que nos han escogido para sus necesidades dentales.

Horas de oficina:

Lunes-Miercoles	8 a.m-5 p.m.
Jueves	8 a.m-6 p.m.
Viernes (cada dos)	8 a.m-12 p.m.

Citas:

Trabajaremos con usted para hacer citas que son mas conveniente para su familia.

___Se recomienda que programe su cita siguiente antes de irse de la oficina. Asi usted puede escoger la fecha y el tiempo mas conviniente para usted. Como cortesia le llamamos una semana antes de su cita para recordarle de la fecha y hora. Tambien le llamamos un día antes para confirmar su cita. Entonces, es importante que nos informe de cambios en su numero de telefono. Esto permitira mantener actualizados sus registros.

___Le pedimos que llegen a su cita 10 minutos antes de la hora para poder llenar el papeleo que se necesita. Llegando tarde a su cita puede resultar en cancelacion o la necesidad de reprogramar. No asistir a su cita sin notificar a nosotros en avance se considera una cita quebrada. Esto puede causar una cuota de anulacion y la dificultad de programacion de futuras citas. Después de dos citas quebradas, ya no es posible programar una hora exacta para el tratamiento. Tendra que llamar a las 8:00a.m. o a la 1:00p.m. para comprobar la disponibilidad en las citas de ese dia.

___Algunas citas requieren un deposito. Los planes de tratamientos mas complicados, programados para mas de una hora requieren un **deposito de \$100**. Este deposito va contra el costo del tratamiento, pero no es reembolsable si la cita es cancelada o reprogramada sin aviso de 48 horas.

___Si es necesario reprogramar o cancelar una cita existente, pedimos aviso de **24 horas** para una cita de una hora o menos. Para las citas que son mas de una hora, necesitamos aviso de **48 horas**. Esto nos permitira ayudar a otros pacientes que estan tratando de obtener una cita. Si no se sigue esta politica, sera una tasa de **cancelacion de \$50** que se cargara en su cuenta.

Ninos:

Si su hijo/a necesita regresar para tratamiento, le pedimos que usted siga estas instrucciones para ayudar a hacer la visita mas positiva para su hijo/a.

1. Dele a su hijo Motrin o Tylenol una hora antes de la cita.
2. Mantener una actitud positiva. La actitud de su hijo/a depende en la suya. Permanecer una actitud positiva y tranquila y comunica que todo estara bien. Recuerde que si es negativo, su hijo/a sera negativo.
3. Asegurese de que su hijo esta bien descansado para su cita.
4. Pedimos que hagan arreglos para otros ninos que no son tratados. Si usted necesita traer a otros ninos, por favor traigan cosas para entretener a los ninos mientras su hijo esta en su cita.

Para que podamos mantener la mas alta calidad de servicio es importante que siga estas instrucciones.

Pagos:

___ Aceptamos la mayoría de los planes de seguro y presentaremos reclamaciones para usted como una cortesia. Sin embargo, pago o co-pago vence en el momento de servicio.

Aceptamos Visa, MasterCard, Care Credit* y dinero en efectivo. **No aceptamos cheques**. Pacientes de registro que estan sin seguro dental y pagan en efectivo o con tarjeta de credito en el tiempo de servicio recibiran un 20% de descuento.

___Recuerde que solo damos **estimaciones** de lo que su seguro reembolse y su costo personal.

___**Para pacientes con Medicaid:** Somos requeridos a avisar a la oficina de Medicaid de todas las citas perdidas. En la segunda violación (cita perdida sin aviso), Medicaid puede hacer un bienestar en su nino. Para evitar esto, le recomendamos volver a programar o cancelar las citas dentales en la manera establecido en nuestra politica.

*Care Credit- Una linea de credito que ofrece ningun interes en planes de pago. No habra ningun interes evaluadas si se paga durante la promocion periodo. De lo contrario se evaluaron interes de la fecha de compra. Minimo mensualmente pagos necesarios. Sujeto a la aprobaci3n de credito.

Firma X _____

Primary Dental Informacion Del Paciente

Favor de llenar completamente

Informacion Del Paciente

Nombre de Paciente _____ Nombre Preferido _____ Fecha de Nacimiento _____ M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Numero de teléfono _____

Historial Médico

Nombre de Médico _____
Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Fecha de ultima vista? _____ Problemas? _____

Tiene el paciente alguna enfermedad? Sí No Al contestar Sí, explique: _____

A estado el paciente en el hospital? Sí No Al contestar Sí, explique: _____

Esta el paciente bajo tratamiento de médico? Sí No Al contestar Sí, explique: _____

Tiene alergias a medicina o algo que usted sabe? _____ Tipo de reacción? _____

Toma medicamentos? Sí No Al contestar Sí, explique: _____

Si el paciente es Femenina, esta embarazada? Sí No Cual es la fecha de dar a luz? _____

Marque si el paciente a tienedo halguna infermeda:

Problemas del Corazón	Transfusión de Sangre	Enfermedad de Endocrino	Enfermedad de Hígado
Murmullo del Corazón	Fecha de Transfusión: _____	Epilepsia	Enfermedad de Pulmón
Sida	Problemas Con Respiración	Problemas con Los Ojos/Vista	Impedimento Mental
Anemia	Defecto Congénito de Nacimiento	Sangrado Excesivo	Recurrente Dolores de Cabeza
Asma	Convulsiones	Problemas con Oído	Fiebre Reumática
Infección Bacteria	Diabetes	Ictericia	Impedimento con el Habla
Problema de Comportamiento	Enfermedad Digestivo del Sistema	Problemas de Riñón	Problemas con Quijadas
Enfermedad de Sangre	Problemas Emocionales	Problemas con Aprendizaje	Tumor/Cancer
Otros(por favor apunte) _____			

Halgo mas que necietamos sabre sobre el historial medico del paciente? _____

Historial Dental

Esta es la primera vista del paciente Si No _____

Al dentista? _____ Visita Anterior _____ Ciudad _____ Fecha _____ Radiográfica _____

Cual es la razón por la visita? _____

Tiene o ha tienedo lo sedguiente?

Caries	Dolor de Diente	Dolor	Dientes Descompuestos
Extracción de Dientes	Dientes Derechos	Infeccion de Encia	He Rida De Boca
Chupar los de Dos	Chupar Labios	Moliendo Dientes	Morder Uñas
Fumar	Largo Tiempo Usando Beberon/Pecho		

Su hijo(a) ha tienido experiencias médicas/dental desagradables? Sí No

Al contestar si, explique: _____

Su hijo(a) cepilla sus dientes regularmiente? Sí No

Usa su hijo(a) seda dental? Sí No

Nombre			Familiar Cercano Que No Vive Con el Paciente (en Caso de Emergencia)		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Codigo	Ciudad	Estado	Codigo
Seguro Social		Fecha de Nacimiento			
Teléfono		Celular/Otro Teléfono			
Empleador		Teléfono de Trabajo			

Información de Seguro

Nombre de Seguro		Teléfono		# de Grupo/# ID	
Nombre de Asegurado		Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código	Numero de Teléfono	
Seguro Social		Teléfono		# de Grupo/# ID	
Nombre de Asegurado		Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código	Numero de Teléfono	

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos por mi o mi familia aunque este cubierto por seguridad. Entiendo que el pago será hecho al tiempo después que los servicios se hayan dado. Si mi cuenta requiere servicio por una agencia de colección o por un abogado yo entiendo que seré responsable por los cargos de colección; cargos de abogado; cargos de corte aplicables con mis cargos pendientes y un cargo financiero del 1.5% (18% anualmente) será aplicado al balance restante. También solicito que pagos bajo mi seguridad dental sean hechos directamente para Primary Dental, incluyendo cuenta pendientes por servicios rendados a mi o mi familia. Autorizo el uso de cualquier información dental necesaria para procesar esta y todas reclamaciones en el futuro.

Iniciales

Entiendo que Primary Dental requiere un aviso mínimo de 24 horas en caso de cancelación de una cita dental. Después de tres citas canceladas sin aviso de un mínimo de 24 horas, entiendo que Primary Dental no podrá atender a mi hijo(a) o a mi. Entiendo que los Doctores Chad Williamson y Les Maes son dentistas en general y no son pediatras en especial. Si tiene preguntas sobre esto siéntase libre de hablar con los doctores.

Iniciales

Yo le doy permiso al los doctores para usar cualquier medida necesaria que esta en su profesión medica para dar el mejor diagnostico para mi hijo(a). Esto incluye un examen oral, radiografías y otros diagnósticos yo e dado el mejor historia medico mia/o. También informe cualquier alegría reacción a drogas, comida, mordida de animal, alergia a polvo, enfermedad de sangre, reacción de piel, sangrado anormal o cual quer otra condición que el doctor medico mi haya hecho que reporte.

Firma	Relación de Paciente	Fecha
Firma del Doctor		Fecha

AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR LA INFORMACION DE SALUD

**Parte A: AL PACIENT/PADRE/GUARDIAN---POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES
DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE**

Propósito de la Autorización: Al firmar esta formulario, usted nos dará su autorización para nosotros usar y revelar su Información protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para las operaciones de cuidados de salud.

Aviso de las Prácticas de Privacidad: UD. tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmara este Autorización. Nuestro aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, el procesamiento de los pagos, y las operaciones de cuidados de salud, de las maneras en que usaremos y revelaremos su información protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña esta Autorización. Lo exhortamos a que lo lea cuidadosa y completamente antes de firmar la Autorización.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como he sido descrito en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier información protegida de salud suya que tengamos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas Privacidad, Incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier momento entrando en contacto con a cualquier de nuestros miembros del personal en:

Primary Dental
5801 W 44th Ave. Suite D-160
Denver, Co.80212
Teléfono #: 303-433-1239 o fax # 303-455-5317

PARTE B: AUTORIZACION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Derecho a Revocar: Usted tendrá derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento sometiéndonos una notificación por escrito de su revocación a la oficina que aparece en la parte superior. Por favor comprende que la revocación de esta Autorización no afectara ninguna acción que hayamos tomado contando con esta Autorización antes de recibir su revocación, y que podemos declinar darle o continuar su tratamiento si revoca esta Autorización

FIRMA

Yo he tenido la oportunidad para leer y considerar el formulario de Autorización, estoy dando mi autorización para que ustedes usen y revelen mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, procesar los pagos y para las operaciones de los cuidados de salud.

Nombre: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE AUTORIZACION DESPUÉS DE QUE LA
FIRMA**
