



44031 Pipeline Plaza Suite #215 Ashburn VA 20147

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido, Nombre Segundo Nombre

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Genero: F / M Casado: SI / NO Fecha de Nacimiento: _____

Telefono #: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____
Calle Apt #

Ciudad Estado Codigo Postal

Paciente Empleador/Escuela: _____ Ocupacion: _____

Como se entero acerca de nuestra Oficina? _____

En caso de emergencia a quien se contacta? _____ Telefono #: _____

Correo Electronico: _____

Si el paciente es menor de edad, por favor proporcione la información del tutor legal...



Nombre del Tutor Legal: _____ Relacion al Paciente: _____
Apellido, Nombre Segundo Nombre

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Genero: F / M Casado: SI / NO Fecha de Nacimiento: _____

Telefono #: (Home) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____
Calle Apt # Ciudad Estado Codigo Postal

Paciente Empleador/Escuela: _____ Ocupacion: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro dental primario: _____ Nombre de Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Seguro Social del Suscriptor#: _____

Relación con el Paciente: _____ Grupo ID: _____ Miembro ID: _____

Seguro dental secundario: _____ Nombre de Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Seguro Social del Suscriptor#: _____

Relación con el Paciente: _____ Grupo ID: _____ Miembro ID: _____

Yo certifico que yo/y mis dependientes están cubiertos por el seguro con el _____ y asignado directamente a Dr. Chris K. Park todos los beneficios del seguro, en su caso, de lo contrario pagar a mí por servicios prestados.

Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.

Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



HISTORIA DENTAL & INFORMACIÓN MEDICA

Razon por la Visita de Hoy: _____

Fecha de la Ultima visita al Dentista: _____ Fecha de los ultimos Rayos X Dentales: _____

Con que Frecuencia Se Cepilla los Dientes? _____ Con que Frecuencia usa el Hilo Dental? _____

(SOLO PACIENTES FEMENINAS) Esta EMBARAZADA? Si No En caso Afirmativo, Cuantos Meses? _____

Liste TODOS los medicamentos que esta tomando actualmente (ejmp. Aspirina):

Liste todas las condiciones médicas actuales y anteriores (por ejemplo la presión arterial alta, diabetes):

TIENE ALGUNA ALERGIA A MEDICAMENTOS? Si No

En caso AFIRMATIVO, Por favor Explique: _____

TIENE CONDICIONES DEL CORAZÓN / MÉDICAS que le obliguen a ser premedicado? Si No

En caso AFIRMATIVO, Por favor Explique: _____

Alguna vez ha tenido cualquiera del grupo de drogas denominadas colectivamente como "fen-phen?" Si No

Estas incluye la combinacion de Ionimin, Adipex, Fastin (marca de phentermine), Pondimin (fenfluramine) y Redux (dexfendluramine).

¿ESTA USTED AHORA BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? Si No

En caso AFIRMATIVO por favor indique el Nombre y Telefono del Medico: _____

Nombre

Numero de Telefono

Ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental? Si No

Ha sido ingresado en un hospital o atención de emergencia en los últimos 2 años? Si No

Tiene algún problema de salud que necesitan más aclaraciones? Si No

Si usted contestó SI a cualquiera de las tres preguntas anteriores, porfavor explique:

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada es verdadera y correcta. Si hay algun cambio en mi salud, voy a informar al medico en la próxima cita sin falta.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento le autorizo a usar y revelar mi información médica protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de pagadores terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- El día a día las operaciones de salud en su práctica.

También he sido informado de, y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Yo entiendo que usted se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar con usted en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cómo mi información protegida de salud se utiliza y divulga para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o revelación que ocurrió antes de la fecha en que se revoco este consentimiento no se ve afectada.



OFICINA FINANCIERA Y POLÍTICA DE LAS AUTORIZACIONES DE PAGO DE SEGUROS

Gracias por elegir nuestra oficina para atender sus necesidades dentales. Nos esforzamos por ofrecer el tratamiento de más alta calidad a un costo razonable. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera y de seguros de las autorizaciones de pago. Por favor, lea este documento cuidadosamente y firme abajo. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca de esta política y las autorizaciones, un miembro de nuestro personal cualificado estará encantado de discutir sus inquietudes con usted.

Las opciones de pago disponibles son las siguientes:

- ① Efectivo
- ② Visa, MasterCard, y Discover

Nosotros cooperamos plenamente con nuestros pacientes que están cubiertos por planes de seguro. Esperamos que los pacientes asegurados lean sus políticas de seguro cuidadosamente. Es muy importante que este familiarizado con sus ventajas y limitaciones. Nosotros aceptamos la asignación de las prestaciones si la documentación necesaria ha sido proporcionada. Lo que sí requieren que usted pague su deducible y / o estimados co-pago en el momento del servicio. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 45 días de tratamiento o le niega su reclamo por cualquier razón, usted será responsable por el saldo total.

- Todas las visitas de tratamiento de emergencia que son visitas iniciales deben ser pagados en su totalidad en el día del servicio. Sin embargo, estaremos encantados de ayudarle a completar sus formularios de reclamación de seguro por la cual puede obtener el reembolso de su compañía de seguro dental.
- Todos los servicios protésicos deben de ser pagado en su totalidad en o antes de su finalización.
- Nos reservamos el derecho de cobrar cualquier saldo de la cuenta por más de 30 días, un cargo de 1.5% mensual o un cargo de facturación de repetición \$ 5, el que sea mayor.
- Usted es responsable de todos los costos de cobro y cada uno y / o los costos asociados con la recolección del balance de su cuenta.
- Consideramos que el padre o tutor que lleve al niño a la oficina para tratamiento dental es la persona responsable del pago de la cuenta del niño. Si alguien más es legalmente responsable de la cuenta del niño, sigue siendo responsabilidad de los padres o tutores de solicitar el reembolso por el pago hecho a nuestra oficina. Estaremos encantados de atenderle y proporcionale una copia de los cargos y los pagos realizados en cada visita.
- La oficina se reserva el derecho de cobrar \$30 de multa por media hora de una visita cancelada. Para evitar este cargo, porfavor de previo aviso a nuestras oficinas 48 horas antes de su visita.
- Una tarifa de \$ 25 será agregado a su cuenta por cualquier cheque devuelto a nosotros por el banco.
- Se cobrara una tarifa de \$15 por la duplicación de registros dentales o radiografías.

Respecto de las reclamaciones de seguro dental, pagos y autorizaciones.

1. Se me ha informado del plan de tratamiento y los pagos asociados. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y los materiales no cubiertos por mi plan de beneficios dentales, a menos que lo prohíba la ley, o el dentista o la práctica dental tiene un acuerdo contractual con mi plan de prohibición de la totalidad o parte de dichas tasas.
2. En la medida permitida por la ley, estoy de acuerdo con su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación con este reclamo.
3. Por la presente autorizo y ordeno el pago de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí, directamente a White Tree Dental.

He leído y estoy de acuerdo con los términos de esta POLÍTICA DE LA OFICINA FINANCIERA Y AUTORIZACIONES DE SEGUROS DE PAGO.

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Paciente / Padre / Tutor