

Información de Padre/Tutor

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social #: _____ # de Licencia de Conducir #: _____

Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social #: _____ # de Licencia de Conducir #: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Padre): _____ (Madre): _____

Email: _____

Dirección: _____

Calle

de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado Civil: Casados Divorciados Separados Otro _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____

Información de Referencia

Nombre de la Persona o Oficia que lo envió a nuestra oficina: _____

Información de Empleo

Nombre de Empleo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Información del Seguro

Primario

Nombre de Asegurado: _____ Es un paciente el asegurado? Yes No

Apellido

Primer

MI

Fecha de Nacimiento de Asegurado: _____ **ID #:** _____ **# de Grupo:** _____

Nombre de Empleo del Asegurado: _____

Relación del paciente con el asegurado: Yo Cónyuge Hijo/a Otro _____

Nombre del Plan médico y Dirección: _____

Secundario

Nombre de Asegurado: _____ Es un paciente el asegurado? Yes No

Apellido

Primer

MI

Fecha de Nacimiento de Asegurado: _____ **ID #:** _____ **# de Grupo:** _____

Nombre de Empleo del Asegurado: _____

Relación del paciente con el asegurado: Yo Cónyuge Hijo/a Otro _____

Nombre del Plan médico y Dirección: _____

AUTORIZACION DE SEGUROS A CESION Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Por la Presente autorizo Odontología Infantil de proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi tratamiento dental y cedo al dentista todos los pagos por servicios odontológicos prestados a mi cargo. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Autorizo a la Dr. Susan Francis para hacer el tratamiento dental para mi hijo/a.

Firma del padre o tutor Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma Del Responsable de Pago Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Reglas de HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO / AUTORIZACION LIMITADO Y FORMULARIO DE LIBERACION**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al rechazar podría ser que no se nos permita sus reclamos de seguro

Fecha: _____

La firma de este reconocimiento es un compa de tener acceso a su información salud:
instalación sanitaria. Una copia de esta firma documento con fecha deberá ser tan eficaz como el original. **MI FIRMA
TAMBIEN SIRVE COMO UN DOCUMENTO PHI DE LIBERACION PARA SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFIAS
ENVIADOS A OTROS DOCTORES / INSTALACIONES EN EL FUTURO.**

Por favor **escriba** el nombre del Paciente

Firme por el Paciente / Tutor del Paciente

Representante Legal / Tutor

Relación del Representante Legal / Tutor

Sus comentarios Acerca del Reconocimiento de Consentimiento: _____

Como quiere ser llamado estando en la área de recepción? :

Primer Nombre Solamente Nombre de Señor Adecuado Otro: _____

Por favor escriba a cualquier otra persona que pueda tener acceso a su información salud:
(Esto incluye padrastos, abuelos y cualquier cuidador que pueden tener acceso a la información de salud de este paciente)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo contacto de esta oficina para **CONFIRMAR MI CITAS, TRATAMIENTO Y FACTURACION INFORMACION** a través de:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Confirmación por Celular | Texto de Mensajes al Teléfono Celular |
| Confirmación al teléfono de casa | Confirmación por Correo electrónico |
| Confirmación al teléfono de trabajo | Cualquier de las Anteriores |

Autorizo la **INFORMACION ACERCA DE ME SALUD** Ser Comunicada a través de:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Confirmación por Celular | Texto de Mensajes al Teléfono Celular |
| Confirmación al teléfono de casa | Confirmación por Correo electrónico |
| Confirmación al teléfono de trabajo | Cualquier de las Anteriores |

Apruebo ser contactado acerca de **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ESFUERZOS DE RECAUDACION DE FONDOS O
NUEVA INFORMACION DE SALUD** en nombre de este Centro de Salud a través de:

- | | |
|----------------------|---|
| Mensaje por teléfono | Cualquier de las Anteriores |
| Mensaje de Texto | Ninguna de las anteriores (optar por no) |
| Correo Electronico | |

Al firmar este formulario de Reconocimiento del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza a que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su mejoramiento de la salud. Esta oficina puede recibir remuneración por terceras partes de empresas filiales. Nosotros, conforme a la Regla actual HIPAA Omnibus, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Office Use Only:

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment _____
- I could not communicate with the patient _____
- The patient refused to sign _____
- The patient was unable to sign because _____
- Other (please describe) _____

Por Favor Lea

Por favor, tómese tiempo para leer sobre nuestras políticas de oficina

1. Por favor **NUNCA DEJE A LOS NIÑOS** en la sala de espera sin vigilancia.
2. **NO SE PERMITEN HERMANOS** con el paciente durante el tratamiento. Pacientes en exámenes y limpiezas, hermanos están permitidos.
3. **24 HORAS DE AVISO DE CANCELACION** se requiere para todas las citas.

**NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE CANCELAR CITAS SI
LA CITA NO ESTA CONFIRMADA 24 HORAS DE
ANTICIPACION**

4. Citas con **NUMEROS DE TELEFONO
DESCONECTADOS** serán canceladas. Por favor llame para actualizar cualquier cambio en los números telefónicos.
5. Por favor, **NO DEJE A SU HIJO SIN SUPERVISION** en su cita. Un padre o tutor debe estar presente en todo momento.

*Por favor, no dude en hacer cualquier pregunta sobre estas políticas.
Gracias por su cooperación.*

Firme: _____