

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 comprobante de recibo de la Notificación actual efectiva de Práctica de Privacidad para esta 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: _____