



Main Street Dentistry

Información del paciente: (Todos los campos son obligatorios)

Fecha: _____

Nombre legal: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____ ¿Apto? ☐ No ☐ Sí: N.º de apto: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Tel. de casa: _____ Celular: _____ Prefiero que me contacten por: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electrónico

Marque una: ☐ Masculino ☐ Femenino | ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ Internet/Google ☐ Seguro ☐ De paso ☐ Familiar/Amigo: _____ ☐ Otro: _____

El paciente es: ☐ Persona responsable ☐ Titular de la póliza

Persona responsable: (Complete SOLO si usted es el cónyuge, padre/madre o tutor)

Nombre legal: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____ ¿Apto? ☐ No ☐ Sí: N.º de apto: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Tel. de casa: _____ Celular: _____ Prefiero que me contacten por: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electrónico

Información del seguro:

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____ Compañía de seguro: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Tel. del seguro: _____

Contacto de emergencia:

Tel.: _____

Información/Historial dental:

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? ☐ Consulta ☐ Limpieza ☐ Dolor dental ☐ Otro: _____

Fecha aproximada de su última limpieza dental (¿Mes/Año)? _____

Marque abajo si desea **hablar** con el doctor sobre alguno de los siguientes temas:

_____ Mal aliento

_____ Sangrado de las encías

_____ Ortodoncia/Invisalign

_____ Blanqueamiento dental

_____ Rechinar los dientes

_____ Dientes flojos

_____ Implantes dentales

_____ Recesión de las encías

_____ Tratamiento periodontal (Limpieza profunda)

_____ Sensibilidad dental

_____ Coronas o coronas el mismo día

_____ Dentaduras postizas o dentaduras sobre implantes

_____ Odontología estética

_____ Dolores de cabeza frecuentes o dolor de mandíbula

_____ Dolor dental

_____ Odontología con sedación

¿Está contento/a con su sonrisa?

☐ SÍ ☐ NO

¿Le gustaría tener los dientes más blancos?

☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene empastes/coronas de metal que desea reemplazar?

☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental?

☐ SÍ ☐ NO

Si respondió sí, explique: _____

Califique su salud dental: 1 (Peor) - 5 (Mejor) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Califique su sonrisa: 1 (Peor) - 5 (Mejor) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

¿Cuál de los siguientes, si alguno, le impediría completar el tratamiento dental necesario?

☐ Miedo al dolor ☐ Costo del tratamiento ☐ Faltar al trabajo ☐ Falta de comprensión

Paciente: _____

Main Street Dentistry

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Historial médico | Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo.

Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que toma, afectan nuestra capacidad para realizar el tratamiento.

Marque todo lo que tiene o ha tenido únicamente: (Para cada «Sí», debe proporcionar detalles)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ VIH/SIDA positivo | ☐ Drogadicción | ☐ Hepatitis B o C | ☐ Pérdida de peso reciente |
| ☐ Anafilaxia | ☐ Se cansa fácilmente | ☐ Herpes | ☐ Diálisis renal |
| ☐ Anemia | ☐ Enfisema | ☐ Presión arterial alta | ☐ Fiebre reumática |
| ☐ Angina de pecho | ☐ Epilepsia o convulsiones | ☐ Colesterol alto | ☐ Reumatismo |
| ☐ Artritis/Gota | ☐ Sangrado excesivo | ☐ Urticaria o sarpullido | ☐ Escarlatina |
| ☐ Válvula cardíaca artificial | ☐ Sed excesiva | ☐ Hipoglucemia | ☐ Herpes zóster |
| ☐ Prótesis articular | ☐ Desmayos/Mareos | ☐ Latido cardíaco irregular | ☐ Anemia de células falciformes |
| ☐ Asma | ☐ Tos frecuente | ☐ Problemas renales | ☐ Problemas de sinusitis |
| ☐ Enfermedad de la sangre | ☐ Diarrea frecuente | ☐ Enfermedad de Alzheimer | ☐ Espina bífida |
| ☐ Transfusión de sangre | ☐ Dolores de cabeza frecuentes | ☐ Leucemia | ☐ Enfermedad del estómago/intestino |
| ☐ Problemas respiratorios | ☐ Herpes genital | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Derrame cerebral |
| ☐ Se magulla fácilmente | ☐ Glaucoma | ☐ Presión arterial baja | ☐ Hinchazón de las extremidades |
| ☐ Cáncer | ☐ Fiebre del heno | ☐ Enfermedad pulmonar | ☐ Enfermedad de la tiroides |
| ☐ Quimioterapia | ☐ Ataque cardíaco/Insuficiencia cardíaca | ☐ Prolapso de la válvula mitral | ☐ Amigdalitis |
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Osteoporosis | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Herpes labial/Ampollas febriles | ☐ Marcapasos | ☐ Dolor en las articulaciones de la mandíbula | ☐ Tumores o crecimientos |
| ☐ Trastorno cardíaco congénito | ☐ Problemas del corazón/Enfermedad cardíaca | ☐ Enfermedad de la paratiroides | ☐ Úlceras |
| ☐ Convulsiones | ☐ Hemofilia | ☐ Atención psiquiátrica | ☐ Enfermedad venérea |
| ☐ Medicina con cortisona | ☐ Hepatitis A | ☐ Tratamientos de radiación | ☐ Ictericia |
| ☐ Diabetes | | | |

Solo para mujeres: ☐ Embarazada ☐ Tratando de quedar embarazada ☐ En periodo de lactancia ☐ Toma anticonceptivos orales ☐ Ninguna de las anteriores

Alergias: ☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico ☐ Metal ☐ Látex ☐ Sulfamidas ☐ Anestésicos locales ☐ Ninguna alergia conocida a medicamentos

¿Es alérgico/a a algo no indicado arriba? ☐ No ☐ Sí: _____

☐ ¿Otros? : _____

¿Toma algún medicamento, pastilla o droga? ☐ No ☐ Sí: _____

Comentarios (indique aquí los medicamentos que toma, si alguno): _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? ☐ No ☐ Sí:

Si respondió sí, explique: _____

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? ☐ No ☐ Sí:

¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel u otros medicamentos con bisfosfonatos? ☐ No ☐ Sí:

¿Consume tabaco? ☐ No ☐ Sí: ¿Cuántos por día? _____ Suelto _____ Cajetillas

¿Consume sustancias controladas? ☐ No ☐ Sí:

¿Sigue una dieta especial? ☐ No ☐ Sí:

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no indicada arriba? ☐ No ☐ Sí: _____

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con exactitud. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en mi estado de salud.

Firma del paciente, padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Paciente: _____

Main Street Dentistry

Nombre: _____

Opciones financieras accesibles

Cómo ahorrar en atención dental de calidad

Gracias por elegir nuestro consultorio para sus necesidades dentales. Nuestra misión principal es brindar el mejor servicio y la atención dental más completa disponible. Nos enfocamos en su salud bucal integral y todo lo que hacemos está centrado en esta filosofía. Una parte importante de esta misión es hacer que el costo de la atención óptima sea lo más fácil y manejable posible para nuestros pacientes.

Su seguro:

La política de nuestro consultorio es brindar odontología de la más alta calidad a cada uno de nuestros pacientes, sin importar las limitaciones del seguro. Debemos enfatizar que como proveedores de atención dental, nuestra relación es con **USTED** y **NO** con su compañía de seguros. Somos proveedores dentro de la red para la mayoría de los seguros, lo que significa que hemos contratado con su compañía de seguros para que usted reciba la atención de la más alta calidad al menor costo posible y reciba la máxima cobertura de seguro.

Tenga en cuenta que es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su plan de seguro. Usted será responsable de cualquier diferencia. Requerimos que todos los deducibles, copagos y/o cualquier porcentaje de la factura que su seguro no cubra se pague al momento del servicio. Si, después de 45 días sin pago por parte de la compañía de seguros, el saldo es responsabilidad del paciente y el pago vence dentro de 30 días.

Opciones de pago:

Pago: El consultorio requiere el pago el día de su tratamiento a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros por escrito. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express, Discover y CareCredit.

Tratamiento: Nuestro consultorio cobra \$45 por cheques devueltos.

Citas tardías y perdidas

Nos enorgullecemos de atender a todos nuestros pacientes a tiempo, y para ayudarnos a mantener la puntualidad, seguimos una estricta política de 10 minutos de tolerancia. Si llega tarde a su cita, nos reservamos el derecho de reprogramar la cita. Se cobra una tarifa de \$50 a los pacientes que falten o cancelen más de una vez en un año calendario sin aviso previo de 48 horas. Para cualquier cirugía programada, la tarifa de cancelación puede variar de \$50 a \$200 por cancelación de última hora. Esto también incluye el depósito pagado para programar la cirugía.

Incumplimiento de pago:

Si su cuenta es enviada a nuestra agencia de cobros, usted será responsable de pagar una tarifa de servicio de \$125, cualquier tarifa de la agencia de cobros, costos judiciales y honorarios de abogados además del saldo adeudado.

Cheque devuelto: Nuestro consultorio cobra \$45 por cheques devueltos.

Paciente(s): _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Padre/Madre/Tutor si aplica (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente, padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Main Street Dentistry

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
LÉALO CON ATENCIÓN.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a entregarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso a disposición cuando lo solicite.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información indicada al final de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y divulgamos su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Estas operaciones incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o credenciales, entre otras actividades.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier fin. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso.

A su familia y amigos: Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted acepta que lo hagamos.

Personas involucradas en su atención: Podemos usar o divulgar información de salud para notificar, o ayudar en la notificación (incluyendo identificar o localizar) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Si usted está presente, antes de usar o divulgar su información de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basándonos en nuestro juicio profesional, divulgando solo la información de salud directamente relevante para la participación de esa persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables sobre su interés en permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Servicios de marketing relacionados con la salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley así lo exija.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o una posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otros.

Seguridad nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a una institución correccional o a un oficial de policía con custodia legal de información de salud protegida de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas:

Podemos usar o divulgar su información de salud para brindarle recordatorios de citas (como mensajes de voz en el buzón, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto de fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no sea posible hacerlo. (Debe hacer la solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario de solicitud usando la información de contacto indicada al final de este Aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.) Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por gastos como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección indicada al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$50 por cada juego de radiografías y \$20 por hora de tiempo del personal para copiar su información de salud, más el franqueo si desea que le enviemos las copias por correo. Si solicita un formato alternativo (por correo electrónico), cobraremos una tarifa de \$25 basada en el costo por proporcionarle su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Comuníquese con nosotros usando la información indicada al final de este Aviso. Nota: Esto lo dicta el gobierno de EE. UU. y es parte de la Ley de Privacidad.

Informe de divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación alternativa: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. {Debe hacer su solicitud por escrito.} Su solicitud debe especificar los medios alternativos o la ubicación alternativa, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos según los medios o la ubicación alternativa que solicite.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este Aviso en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud, o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede presentar una queja ante nosotros usando la información de contacto indicada al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cuando lo solicite.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Persona de contacto: Eric Winterton DDS

Teléfono: 505-865-3395

Correo electrónico: 705msd@gmail.com

Dirección: 943 Main Street SW, Los Lunas, NM 87031

Paciente(s): _____

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

(Padre/Madre/Tutor si el paciente es menor de edad)