

Formulario de Consentimiento para KRS 313.040

KRS 313.040 le permite a un higienista dental con licencia tratar a un paciente sin que el médico esté presente en la oficina si el médico lo ha examinado en los últimos 7 meses.

El estatuto requiere un formulario de consentimiento firmado para que un paciente sea visto bajo supervisión general

_____ Acepto que me vean sin que el médico esté presente en la oficina.

_____ No aceptó ser visto sin la presencia del médico.

Firma: _____

Fecha: _____

Consentimiento para Fotografía Dental

Yo, _____, autorizo a Alencar Family Dentistry a tomar fotografías y / o videos de mi cara, mandíbulas y dientes antes, durante y después del tratamiento

Doy mi consentimiento para permitir el uso de las fotografías y / o videos para:

- Registros Dentales
- Educación dental que incluye conferencias, seminarios, demostraciones, publicaciones profesionales como revistas y libros
- Materiales de marketing, incluidos sitios web, redes sociales, materiales impresos y educación del paciente.

Entiendo que si se usan las fotografías y / o los videos, mi nombre y otra información de identificación se mantendrán confidenciales.

No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías y / o videos.

___ marque aquí si desea que se tomen fotos y / o videos y se utilicen para cualquiera de los propósitos anteriores.

Firma

Fecha

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), tienen ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los varios proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de atención médica normales, como las evaluaciones de calidad y Certificaciones de médico.

He recibido, leído y comprendido el aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su aviso de privacidad Prácticas de vez en cuando y que me permito contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actual de la notificación de prácticas privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que limite el uso de mi información privada a revelar para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

También entiendo no es obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, a continuación, usted está obligado a acatar esas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Las siguientes personas pueden tener acceso a mis registros médicos:

Nombre	Relacion	numero de telefono
Nombre	Relacion	Numero de telefono

Política financiera

Gracias por elegirnos como su profesional de la salud dental. El tratamiento dental es una excelente inversión en la salud y el bienestar de una persona y estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso.

Las consideraciones financieras no deberían ser un obstáculo para obtener este importante servicio de salud. por favor entiende eso

el pago de su factura se considera parte de su tratamiento dental y el pago se espera en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que le pedimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento. Siendo sensibles al hecho de que diferentes personas tienen necesidades diferentes en el cumplimiento de sus obligaciones financieras, ofrecemos las siguientes opciones de pago:

- Efectivo, cheque, MasterCard, Visa y Discover
 - Ofrecemos un descuento del 5% cuando las tarifas superiores a \$ 200 se pagan en su totalidad en efectivo o con cheque en o antes de la fecha del tratamiento y no se utiliza el seguro.
 - Plan de pago extendido: basado en la aprobación a través de CareCredit
- o Sin pago inicial
- o Planes de pago que van desde 3-48 meses. ¡Algunos sin interés!

Servicio rápido y confidencial por teléfono, 1-800-365-8295, o en línea en su sitio web seguro, www.carecredit.com.

En cuanto a cuentas y seguros

Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestro acuerdo financiero es entre usted y esta oficina. ¡Por lo tanto, es su responsabilidad conocer los beneficios y las limitaciones de su póliza! Sin embargo, lo ayudaremos de cualquier manera que podamos. Tenga en cuenta que los copagos estimados / porciones de pacientes vencen al momento del servicio. El saldo restante del seguro estimado vencerá dentro de los 30 días, ya sea que la compañía de seguros acepte o rechace el reclamo. El pago debe realizarse dentro de los 10 días posteriores a la recepción de una declaración, a menos que se hayan realizado arreglos previos con nuestro coordinador financiero. Las cuentas impagas se entregarán a las colecciones. Además, acepta pagar nuestro cargo de cobros de \$ 45 por cualquier cheque NSF así como también cualquier honorario de cobro / abogado que pueda imponer la agencia de cobro. Cualquier saldo restante que no se pague dentro de los 30 días de la recepción del estado de cuenta se le cobrará una tasa de interés del 18% anual y / o el 0,5% mensual.

Poliza de cancelacion

Una vez que se realiza una cita; recuerde que hemos reservado esta vez solo para usted y sus necesidades específicas. Entendemos que en raras ocasiones surgen verdaderas emergencias, como enfermedades, y tratamos de comprender esto. Sin embargo, se aplicará un cargo a sus cuentas si no puede mostrar o cancelar / reprogramar una cita sin al menos 48 de nuestro aviso de horario de atención. Este cargo se calculará en \$ 30 por cada 1/2 hora que se programó la cita. Tenga en cuenta que esta tarifa cubre solo una parte de los gastos generales tales como servicios públicos, suministros y salarios de los empleados.

Al firmar a continuación, he leído, entiendo y acepto las políticas anteriores

Paciente / Parte responsable: _____ Fecha: _____

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (_____) _____

Paciente _____

Apellido _____	Primer Nombre _____	Inicial _____	Nombre Preferido _____
----------------	---------------------	---------------	------------------------

Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo: ☐ M ☐ F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

☐ Problemas del Corazón	☐ Epilepsia	☐ Dieta Especial
☐ Presión Sanguínea Alta	☐ Dolores de Cabeza	☐ Glándulas del Cuello Hinchadas
☐ Presión Sanguínea Baja	☐ Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado	☐ Fiebre Reumática
☐ Problemas Circulatorios	☐ Cáncer	☐ Problemas de la Sinus
☐ Problemas Nerviosos	☐ Tratamiento Siquiátrico	☐ VIH/SIDA u Otros
☐ Radioterapia	☐ Diarrea Crónica	☐ Trastornos Inmunosupresores
☐ Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales	☐ Alergias a Anestésias	☐ Embolia Cerebral
☐ Reciente Pérdida de Peso	☐ Alergias a Medicinas o Drogas	☐ Úlcera
☐ Problemas de la Espalda	☐ Alergias Generales	☐ Enfermedades Venéreas
☐ Diabetes	☐ Enfermedad de la Sangre	☐ Droga adicción
☐ Enfermedades Respiratorias	☐ Artritis	☐ Hemofilia

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). ☐ Sí ☐ No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? ☐ Sí ☐ No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

#20586 - Medical Arts Press 1-800-328-2179

Jayme Oliveira Filho DDS
369 Johnstown Road
Chesapeake, VA 23322
(757)546-0301

Please List any conditions not mentioned above, *Por favor enumere cualquier condición no mencionada anteriormente :* **(If none, write none)** (Si no hay ninguno, escriba ninguno)

Medications: Please list all medications that you are presently taking, including herbal medications or nutritional supplements. **(If none, write none)** *Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos herbales y los suplementos nutricionales. (Si no, escribe ninguno)*

Please list all major surgeries or hospitalizations: *Haga una lista de todas las cirugías u hospitalizaciones más importantes:*

Please list any allergies or reactions to medications: **(If none, write none)** *Por favor indique cualquier alergia o reacción a los medicamentos: (Si no tiene ninguno, escriba ninguno)*

Do you smoke? ¿Fumas? _____

If so, How much and how long have you smoked? *Si es así, ¿cuánto y cuánto tiempo has fumado?* _____

Do you use alcohol? ¿Usas alcohol? _____

If so, How many drinks per week? *Si es así, ¿cuántas bebidas por semana?* _____

Do you use recreational drugs? ¿Usas drogas recreativas? _____

If so, What type(s)? *Si es así, ¿qué tipo(s)?* _____

Last recreational drug use? ¿Último uso recreativo de drogas? _____

To the best of my knowledge, all above answers are true and correct. If I have any changes I will inform the dentist or hygienist at my next appointment. *Según mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si tengo algún cambio, informaré al dentista o al higienista en mi próxima cita.*

Prescription Monitoring Program

_____ *mis iniciales aquí y mi firma a continuación reconocen que he sido informado, la ley exige que el Dr. Jayme Oliveira se presente al Programa de Monitoreo de Prescripciones en cualquier momento que se prescriban recetas para narcóticos o cualquier sustancia controlada. Si decido rechazar esto, soy consciente de que el Dr. Oliveira no puede recetarme ningún estupefaciente o sustancia controlada en ningún momento sin otro consentimiento para que se informe esta información.*

Printed Name/ **nombre impreso** _____

Patient Signature/*Firma del paciente:* _____ **Date/***fecha:* _____

Jayme Oliveira Filho DDS
369 Johnstown Road
Chesapeake, VA 23322
(757)546-0301

Beneficios del Seguro

Descargo de responsabilidad sobre el seguro (Lea atentamente) Tenga en cuenta que no aceptamos ni participamos con ningún plan de seguro DMO / HMO, planes de prepago, Medicaid o planes de descuento. Nuestro objetivo es ayudarlo a maximizar sus beneficios de seguro dental. Como cortesía, nos complace facturarle a su plan dental por los servicios. Cuando llamamos a su seguro y verificamos los beneficios, no es una garantía de pago por parte de la compañía de seguros y puede variar de acuerdo con su plan individual cuando se presente el reclamo real. Cualquier plan de tratamiento que nuestra oficina le proponga es una estimación de cuál será su cobertura de seguro, no es una garantía. Si necesita el pago exacto de los beneficios, se requiere un pretratamiento. Si desea hacerlo, debe especificarlo al administrador de la oficina antes de iniciar cualquier trabajo.

(Esto toma 6-8 semanas). ____ (Inicial)

Recuerde que el contrato que detalla sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Independientemente de la cobertura, su copago estimado se vence en su totalidad el día del tratamiento. Si su plan de seguro no paga dentro de los 120 días de tratamiento, debe pagar el saldo pendiente y solicitar el reembolso de su plan dental. Si su plan dental paga más de lo esperado, recibirá un crédito en su cuenta. También recuerde que los planes de seguro dental no están diseñados para cubrir todas sus necesidades dentales. Yo,

_____, he elegido permitir que Alencar Family Dentistry presente mi seguro y acepto toda la responsabilidad de esta cuenta y de toda la odontología realizada en mi familia en esta oficina dental. Entiendo que es mi responsabilidad saber qué tipo de plan dental tengo. También entiendo que esta oficina no puede garantizar que mi compañía de seguros cubra todos los servicios prestados y que sea solo una estimación de los beneficios. También entiendo que si mi compañía de seguros no paga dentro de los 120 días de mi fecha de servicio, entonces seré responsable de pagar en ese momento.

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Materiales Usados

Esto es para informarle que nuestra oficina se esfuerza por usar solo los mejores y más apropiados materiales actualizados para restauraciones. Debido a esto, ya no usamos amalgama (empastes de plata) en nuestra práctica y utilizamos solo materiales compuestos (color de diente), porcelana u oro.

Desafortunadamente, algunas compañías de seguros no han cumplido con los estándares actuales. Es posible que solo paguen por lo que habrían pagado por una amalgama. Por lo tanto, usted sería responsable de cualquier saldo restante. Consulte con su seguro sobre su cobertura particular. Si tiene alguna pregunta o inquietud, estaremos encantados de discutir esto con usted.

Por favor, firme a continuación para reconocer que ha leído y comprende lo anterior.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del personal/ STAFF SIGNATURE: _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha

Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/Niño

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente

Nombre del menor/niño

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? ☐ Sí ☐ No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? ☐ Sí ☐ No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista