Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

¿Quién lo refirió a nosotros?		_	STA	R CITY	
Star City Dental ahora puede confirmar ci favor marque supreferencia:	tas por correo electrónico o tex	xto. Por		NTAL	
Correo Electrónico Texto	☐ Teléfono de Casa ☐ ☐	eléfono Móvil			
Estas dispuesto a estar en una lista de l Los pacientes reciben un 10% de descuento en tratamiento se toma una cita de llenado rápido. Usted puede recibir mu	o \$20 de crédito para el examen de rutin	•			
Nombre	Fecha de	Nacimiento		Mujer Hombre	
Dirección	Ciudad_		Estado	Código Postal	
Correo Electrónico			_		
Teléfono de Casa	Teléfono Móvil		Teléfono de Tra	bajo	
Si eres estudiante de tiempo completo, nomb	ore de la escuela/universidad		703		
Ciudad de la escuela/universidad		Estado de E	scuela/Colegio		
Empleador de Paciente o Padres/Guardián		Numero de Trabajo		rabajo	
Dirección	Ciudad _		Estado	Código Postal	
Nombre de Pareja o Padres/Guardián				Numero de Trabajo	
Contacto de Emergencia			Numero de	Teléfono	
Parte Responsable	(SLES EL MISMO OUE E	I PACIENTE PO	OR FAVOR SIG	A A LA SIGUIENTE SECCIÓN)	
Nombrede la persona responsible de la cuer					
Dirección					
Numero de seguro social					
•			Telefono Móvil		
			Numero de Segura Social		
-	_				
Información de Se	guro (si ya nos en	VIASTE TUS TA	R) ETAS DE S	EGURO DENTAL SIGUE A LA	
SIGUIENTE SECCIÓN)					
SEGURO PRIMARIO		SEGURO SE	CUNDARIA	1	
Nombre de Asegurado		Nombre de Asegurado			
Relación con el Paciente		Relación con el Paciente			
Fecha de Nacimiento		Fecha de Nacimiento			
Numero de Seguro Social o ID		Numero de Seguro Social o ID			
Nombre del Empleador		Nombre del Empleador			
Compania de Seguros		Compania de Seguros			
Numero de Grupo		Numero de Grupo			
Numero de Póliza		Numero de Póliz	a		



Aviso de prácticas de privacidad

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- 1. Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento, directa o indirectamente.
- 2. Obtener pago de terceras personas
- 3. Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones de proveedores.

Reconozco que he leído y puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Star City Dental, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. También entiendo que puedo solicitar, por escrito, que Reconozco que he leído y puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Star City Dental restrinja cómo se usa y divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que Reconozco que he leído y puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Star City Dental no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, Reconozco que he leído y puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Star City Dental está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Firma:	Fecha:		
	ratamiento dental (incluyendo, pero no ación, Facturación, Seguro) con lo siguiente:		
Firma:	Foch a:		



4525 S 86TH LINCOLN, NE 68526 (402) 489-7806

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente:				
	Last	First	MI	Preferred Name
Por favor coloque el n	ombre de su último d	dentista y la fecha de su últin	no examen.	
;Ha sido hospitalizado	o para una cirugía o	por una enfermedad seria e	n los últimos 5 años	?
Si la respuesta es si, p	or favor explique			
¿Está tomando algún i	medicamento incluy	endo medicamento sin recet	a? O Si O No	
Si está tomando medio	camento díganos cu	ales son		
¿Requieres tomar un a	ıntibiótico pre medic	cado antes de su tratamiento	dental? Si	No
Si la respuesta es sí, ¿	cuál es la razón?			
Utiliza tabaco/ o ciga	ırrillo eléctrico			
Utiliza drogas				
Toma anticoagulantes				
		ombina		
-	-	s buoses como Brelia. Fesamas		O Si O Nia

¿Ha fenido o fiene cancer? O Si No					
Si ese es el caso, que tipo de tratamiento has hecho:					
Tiene diabetes Si No					
Si es ese el caso, cual es fue su	último AIC:				
	dawama aarabuul. (C: ONe			
Ha tenido un ataque cardíaco	o un derrame cerebrai: (Si No			
Si es es el caso, cuando fue: _					
Usted ha tenido o tiene alguna	de las siguientes:				
Pre-Medicina Amoxicilina	Alergia - Other	Enfermedad del Hígado	Colesterol		
Alergias	Problema cognitivo	Allergy - Latex	Ansiedad dental		
Alergia - Penicilina	Problemas auditivos	Other	Epilepsia		
Alergia - Acrilicos	Trasplante de órgano	Tratamiento de radiación	Trauma encefálico		
Válvula artificial de corazón	Problemas en la sinus	Problemas del estómago	Herpes/Herpes labial		
Cáncer	Pre-medicina Azitron	nicina Tumores	Endocarditis infecciosa		
Cong. Heart Defect	Alergia - Aspirina	Artritis	Presión Arterial baja		
Diabetes	Alergia - Ibuprofeno	Depresión	Marcapaso		
Acidez estomacal	Alergia - Sulfa	Presion alta	Problemas respiratorios		
Enfermedad del corazón	Alergia a comidas	☐ Embarazo	Derrame cerebral		
☐ Sida/VIH	Asma	Problemas de tiroides	Pre-medicina - other		
Enfermedad de riñón	quimioterapia	Pre-medicina Clindamicina			
Osteoporosis	C-PAP	Alergia - Codeina	☐ Desmayos		
Condicion psiquiatrica	Mareo	Alergia - Latex	Reemplazo de articulacione		
Apnea del sueño	Glaucoma	Alergia a algun metal			
Tuberculosis	Hepatitis	☐ Ansiedad			
Alergia -Eritromycina		Enfermedad de la sangre			
Solo para mujeres:					
¿Estás embarazada o crees est	tarlo? Si No				
Si es ese el caso, cual es la fec	ha de parto:				
¿Estás amamantando? Osi	No				
¿Estas tomando anticonceptivo	os? () Si () No				
Notas:					
		co que las respuestas que he dado son ve			
proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.					
	-				
		Signature	Date		



Nuestra misión en Star City Dental es ahorrarles dolor, tiempo y dinero a los pacientes. Antes de realizar cualquier trabajo, discutiremos el tratamiento y las opciones financieras para que no haya sorpresas.

El pago de la parte estimada de los honorarios se requiere el día en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, Mastercard, Visa, Discover, Cherry y Care Credit. Si se devuelve un cheque personal por fondos insuficientes (NSF), es posible que se le cobre una tarifa de cobro de un tercero. También deberá pagar en efectivo o con tarjeta de crédito para futuras visitas.

Cherry y Care Credit están disponibles en nuestra oficina y proporcionan planes de pago extendido con aprobación previa de crédito.

Los clientes de emergencia sin seguro, que son nuevos en nuestra oficina, deben esperar pagar su parte, en su totalidad, al momento de la cita.

Nuestro Plan de Ahorro Dental, una alternativa al seguro dental, está diseñado para ahorrarle dolor, tiempo y dinero. Es una excelente manera de obtener la atención que necesita con los ahorros que desea. Pregunte a nuestro equipo para obtener más información hoy.

El seguro dental es un contrato entre el grupo/plan y el paciente. El alcance de la cobertura varía mucho entre los planes y, a veces, incluso dentro de un solo plan. Solo recomendamos el tratamiento de acuerdo con nuestro estándar de atención, independientemente de la cobertura del seguro. **CUALQUIER SALDO NO CUBIERTO POR SU SEGURO DENTAL ES SU RESPONSABILIDAD.** Tenga en cuenta que la parte que paga en la fecha de su servicio es solo una estimación y puede cambiar según la cobertura del seguro. Presentaremos su reclamo de seguro como una cortesía hacia usted. Si su seguro paga de manera diferente a nuestra estimación, le reembolsaremos o el resto vencerá dentro de los 15 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta.

En el caso de que tenga un saldo restante sin pagar después de pagar todo el seguro, intentaremos comunicarnos con usted para cobrarlo. En caso de que no tengamos éxito, podemos enviar su cuenta a una agencia de cobro. Tras la colocación, agregaremos una tarifa mínima del 24% al saldo total para cubrir el costo de las tarifas de cobro, los costos de litigio y cualquier otra tarifa adicional que pueda ocurrir.

Las citas están reservadas exclusivamente para usted. Algunas citas pueden requerir un depósito para mantener su reserva. Su depósito se aplicará a su porción estimada de paciente, si se completa según lo programado. La clínica requiere un aviso de al menos un (1) día hábil si el paciente no puede asistir a la hora de la cita reservada. Intentaremos comunicarnos con usted antes de su cita para confirmar su reserva. Si una cita no se confirma dentro de un día hábil de la cita, la cita puede cancelarse o reprogramarse. Es posible que se le cobre por citas perdidas o cancelaciones con menos de 1 día hábil de anticipación. Si un paciente "no se presenta" o una cita se "cancela a corto aviso cancelado" para tres citas, lo moveremos a una lista de programación solo para el mismo día. Como un beneficio para usted, nuestro valioso paciente, podemos ofrecerle mover su cita a una hora anterior si surge una vacante.

niño(s): El padre que trae al niño a la cita es responsable de pagar la parte del paciente el día del servicio.

He leído y comprendo esta política financiera y cancelación.

Nombre Impreso _______ Fecha _______

En el caso de padres separados o divorciados de menores de edad, que son responsables de una parte del costo del tratamiento del

Firma		