Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Star City Dental ahora puede confirmar citas por correo electrónico o texto. Por favor marque supreferencia:

❑ Correo Electrónico ❑ Texto ❑ Teléfono de Casa ❑ Teléfono Móvil

Estas dispuesto a estar en una lista de llenado rápido? ❑ Sí ❑ No

Los pacientes reciben un 10% de descuento en tratamiento o $20 de crédito para el examen de rutina y limpieza cuando se toma una cita de llenado rápido. Usted puede recibir muchas llamadas telefónicas cuando hay cancelaciones.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento_____ ❑ Mujer ❑ Hombre

Dirección Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Numero de Seguro Social _____

Teléfono de Casa_____ Teléfono Móvil _____ Teléfono de Trabajo_____

Si eres estudiante de tiempo completo, nombre de la escuela/universidad_____

Ciudad de la escuela/universidad_____ Estado de Escuela/Colegio _____

Empleador de Paciente o Padres/Guardián Numero de Trabajo_____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Pareja o Padres/Guardián_____ Empleador_____ Numero de Trabajo_____

Contacto de Emergencia_____ Numero de Teléfono_____

Parte Responsable (SI ES EL MISMO QUE EL PACIENTE, POR FAVOR SIGA A LA SIGUIENTE SECCIÓN)

Nombre de la persona responsible de la cuenta_____ Relación con el Paciente _____

Dirección_____Empleador_____ Telefono de Trabajo. _____

Numero de seguro social _____ Telefono de Casa _____

Fecha de Nacirniento_____ Correo Electrónico _____ Telefono Móvil _____

Empleador_____Telefono de Trabajo _____ Numero de Segura Social_____

Información de Seguro (SI YA NOS ENVIASTE TUS TAR) ETAS DE SEGURO DENTAL SIGUE A LA SIGUIENTE SECCIÓN)

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Asegurado_____

Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento_____

Numero de Seguro Social o ID _____

Nombre del Empleador_____

Compania de Seguros _____

Numero de Grupo _____

Numero de Póliza _____

SEGURO SECUNDARIA

Nombre de Asegurado_____

Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento_____

Numero de Seguro Social o ID _____

Nombre del Empleador_____

Compania de Seguros _____

Numero de Grupo _____

Numero de Póliza _____

STAR CITY DENTAL

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: _____

Doy mi permiso para discutir mi tratamiento dental (incluyendo, pero no limitado a: Tratamiento, Programación, Facturación, Seguro) con lo siguiente:

_____

_____

Firma: _____ Fecha: _____

STAR CITY DENTAL

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 nombre de su último dentista y la fecha de su último examen.

_____

_____

¿Ha sido hospitalizado para una cirugía o por una enfermedad seria en los últimos 5 años? ◯ Si ◯ No

Si la respuesta es si, por favor explique

_____

_____

¿Está tomando algún medicamento incluyendo medicamento sin receta? ◯ Si ◯ No

Si está tomando medicamento díganos cuales son

_____

_____

¿Requieres tomar un antibiótico pre medicado antes de su tratamiento dental? ◯ Si ◯ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la razón?

_____

_____

Utiliza tabaco/ o cigarrillo eléctrico _____

Utiliza drogas _____

Toma anticoagulantes _____

Si la respuesta es sí, cuál es nivel de protrombina _____

¿Usted está tomando medicamentos para los huesos como Prolia, Fosamax, Boniva, y Reclast? ◯ Si ◯ No

¿Ha tenido o tiene cáncer? ◯ 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 A1C: _____

Ha tenido un ataque cardíaco o un derrame cerebral: ◯ Si ◯ No

Si es es el caso, cuando fue: _____

Usted ha tenido o tiene alguna de las siguientes:

- ☐ Pre-Medicina Amoxicilina
- ☐ Alergias
- ☐ Alergia - Penicilina
- ☐ Alergia - Acrilicos
- ☐ Válvula artificial de corazón
- ☐ Cáncer
- ☐ Cong. Heart Defect
- ☐ Diabetes
- ☐ Acidez estomacal
- ☐ Enfermedad del corazón
- ☐ Sida/VIH
- ☐ Enfermedad de riñón
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Condicion psiquiatrica
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Alergia -Eritromycina
- ☐ Alergia - Other
- ☐ Problema cognitivo
- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Trasplante de órgano
- ☐ Problemas en la sinus
- ☐ Pre-medicina Azitromicina
- ☐ Alergia - Aspirina
- ☐ Alergia - Ibuprofeno
- ☐ Alergia - Sulfa
- ☐ Alergia a comidas
- ☐ Asma
- ☐ quimioterapia
- ☐ C-PAP
- ☐ Mareo
- ☐ Glaucoma
- ☐ Hepatitis
- ☐ VPH
- ☐ Enfermedad del Hígado
- ☐ Allergy - Latex
- ☐ Other
- ☐ Tratamiento de radiación
- ☐ Problemas del estómago
- ☐ Tumores
- ☐ Artritis
- ☐ Depresión
- ☐ Presion alta
- ☐ Embarazo
- ☐ Problemas de tiroides
- ☐ Pre-medicina Clindamicina
- ☐ Alergia - Codeina
- ☐ Alergia - Latex
- ☐ Alergia a algun metal
- ☐ Ansiedad
- ☐ Enfermedad de la sangre
- ☐ Colesterol
- ☐ Ansiedad dental
- ☐ Epilepsia
- ☐ Trauma encefálico
- ☐ Herpes/Herpes labial
- ☐ Endocarditis infecciosa
- ☐ Presión Arterial baja
- ☐ Marcapaso
- ☐ Problemas respiratorios
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Pre-medicina - other
- ☐ Anticoagulantes
- ☐ Desmayos
- ☐ Reemplazo de articulaciones

Solo para mujeres:

¿Estás embarazada o crees estarlo? ◯ Si ◯ No

Si es ese el caso, cual es la fecha de parto: _____

¿Estás amamantando? ◯ Si ◯ No

¿Estas tomando anticonceptivos? ◯ Si ◯ No

Notas:

_____

_____

Certifico que las respuestas que he dado son verdaderas. Y entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

_____

Signature Date

STAR CITY DENTAL

Política financiera de plan de ahorro dental

Nuestro plan de ahorro dental es una alternativa al seguro dental tradicional y está diseñado para ahorrarte dolor, tiempo y dinero. Es una buena manera de recibir el cuidado que necesitas con los ahorros que deseas. Este plan no se puede usar en combinación con ningún otro seguro, descuento o promoción. No se harán devoluciones de primas si los participantes deciden no utilizar este plan después de haberlo comprado.

Su plan de ahorro dental incluye 100% de cobertura en los siguientes: Exámenes comprensivos/periódicos (2 veces al año), radiografías de mordida (una vez al año), serie completa de radiografía bucal/panorámica (1 vez cada 3 años), limpiezas de mantenimiento preventivo o periodontal (2 veces al año), floruro (2 veces al año sin límite de edad) y examen de cáncer oral (2 veces al año). Todos los otros servicios ofrecidos por la clínica Star City Dental tendrán el 15% de descuento o $500 por el procedimiento.

Se requiere el pago completo al momento del servicio. Nosotros aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, Mastercard, visa, cuenta de ahorro de salud, American express, y Discover. Si un cheque personal es devuelto se le cobrará un cargo por cobranza y le será requerido pagar con tarjeta o en efectivo en cualquiera de sus próximas visitas. Ofrecemos opciones de financiamiento a través de CareCredit, Sunbit Finance y de Cherry Finance (con aprobación previa).

En el caso de que tenga un balance sin pagar en su cuenta, trataremos de contactarlo para recolectarlo. Sin embargo, si no podemos hacerlo su cuenta será enviada a una agencia de cobros. Una vez que esto suceda se le agregara un 24% de cargo mínimo al total del balance para cubrir el costo de cobro, de litigación y cualquier costo adicional que puedan ocurrir.

Como resultado de que su balance sin pagar fue enviado a una agencia de cobro, su plan de ahorro dental será anulado, si decide participar en el plan de ahorro dental de nuevo, su balance debe ser pagado en su totalidad y no puede estar moroso. Necesitará comprar el plan de ahorro dental nuevamente y no tendrá acceso a los beneficios de su plan previo.

Las citas son reservadas exclusivamente para usted. Algunas citas requieren un depósito no reembolsable para mantener su reservación dental. Su depósito será aplicado a su porción estimada de paciente, si se completa como fue programada. La clínica requiere un día hábil si el paciente no puede mantener su reservación dental, trataremos de contactarte antes de su cita para confirmar, si la cita no es confirmada en un día hábil, la misma será cancelada o reprogramada. **Usted será responsable por cualquier cita pérdida o cancelaciones con menos de un día hábil de anterioridad. Si el paciente "no se presenta" o la cita es cancelada antes de un día hábil en tres citas consecutivas. Moveremos tus citas al mismo día solamente en nuestro horario.** Como beneficio adicional como nuestro apreciado paciente le ofrecemos comunicarnos con usted si una cita está disponible antes de la fecha original de la suya.

En el caso de padres separados o divorciados de menores de edad. La persona responsable por la porción del costo del tratamiento del niño(a) será quien traiga al menor a esta cita y tendrá que ser pagado el día del servicio.

☐ He leído y entiendo la política financiera y de cancelación.

Firma de el paciente Fecha

Padre o Madre o firma del tutor (si es menor de 18) Fecha