Información de Paciente

Wiley M. Elick, D.D.S., Inc.

Nombre de Paciente _____ Masculino Femenino Fecha de Hoy _____
Apodo/otro nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Seguro Social del Niño _____
Ciudad _____ Codigo Postal _____ Teléfono Celular / Primario _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Alternativo _____

¿A quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?

Amigo / Familia Google - Facebook - Sitio Web Directorio Telefónico Otro _____

Enumere cualquier niño adicional visto en nuestra oficina.

Nombre(s) _____

Estado Civil de los Padres: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Compañero Doméstico	Estado Civil de los Padres: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Compañero Doméstico
Relación con el Paciente: ☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Guardián ☐ Otro _____	Relación con el Paciente: ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Guardián ☐ Otro _____
Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono Celular / Primario _____	Teléfono Celular / Primario _____
Teléfono Alternativo _____	Teléfono Alternativo _____
Empleador _____	Empleador _____
Dirección de Negocios _____	Dirección de Negocios _____
Ocupación _____	Ocupación _____
Teléfono de Trabajo _____ Ext. _____	Teléfono de Trabajo _____ Ext. _____
Seguro Social # _____	Seguro Social # _____
Licencia # _____ Fecha de Nacimiento _____	Licencia # _____ Fecha de Nacimiento _____
Persona (s) responsable (s) de la cuenta _____	
Familiares más cercanos que no viven con usted _____	Relación _____ Teléfono # _____
Dirección _____ Ciudad _____	Estado _____ Codigo Postal _____

Aseguranza Primaria

Nombre (del Miembro) _____
Seguro Social # _____
Fecha de Nacimiento _____
Empleado por _____
Ocupación _____
Dirección de Empleo _____
Teléfono de Empleo _____
Compañía de Seguro _____ Grupo # _____

Aseguranza Secundaria

Nombre (del Miembro) _____
Seguro Social # _____
Fecha de Nacimiento _____
Empleado por _____
Ocupación _____
Dirección de Empleo _____
Teléfono de Empleo _____
Compañía de Seguro _____ Grupo # _____

Aseguranza e Información Financiera

- Todos los servicios no cubiertos por la aseguranza serán pagados al efectivo por mi a menos que otros arreglos se hayan echo antes de empezar el tratamiento dental. Con relación a aseguranza: para que nosotros podamos mandarle un bil a su aseguranza, usted tiene que traer una forma de reclamación de cada compañía bajo la cual su hijo esta asegurado. Es importante que usted entienda que nuestros servicios profesionales se ofrecen a su familia y no la compañía de aseguranza. Si la aseguranza no paga en seis semanas, usted será directamente responsable por todos los cargos. Cuentas que pasan de 60 días serán cobradas interés a 1.5% al mes o 18% al año. Estimaciones del tratamiento puedan cambiar.
- Yo entiendo de que yo soy responsable por todos los costos del tratamiento dental, y los porcentajes dados por la oficina son solo estimaciones y no puedan ser garantizados.
- Yo autorizo al dentista para efectuar procedimientos diagnosticados y cualquier otro tratamiento dental necesario para cuidado dental apropiado.
- Yo autorizo la soltura de cualquier información concerniente al tratamiento, consejos del tratamiento, y tratamiento proveído a mi hijo para el propósito de evaluar y administrar reclamos para beneficios de aseguranza. Yo autorizo el pago de beneficios de aseguranza directamente al dentista, de otra manera pagable a nosotros.
- Yo atestiguo de la exactitud de la información en esta página.

Firma

Fecha

KIDS DENTAL GROUP

Wiley M. Elick, D.D.S., Inc.
833 Greenfield Ave. Ste 105
Hanford, CA 93230
(559)582-3460

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad relacionados con la información protegida de mi salud. Estos derechos me son conferidos bajo el Acto de Portabilidad Responsabilidad de Aseguración de Salud de 1996 (HIPAA). Yo entiendo que al firmar esta esta forma de consentimiento, yo los autorizo a obtener, a usar y revelar la información protegida de mi salud para los siguientes propósitos:

1. Para tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto de parte de otros proveedores de servicios para mi salud envueltos/relacionados con mi tratamiento).
2. Para obtener pagos de un tercer partido (por ejemplo, mi compañía de aseguranza).
3. Las operaciones diarias de su practica relacionadas con mi salud.

También he sido informado y dado el derecho de repasar y asegurar un acopia de su Nota de Practicas Privadas, la cual contiene una descripción mas completa de los usos y descubrimientos de la información protegida de mi salud, y mis derechos bajo el HIPAA. Yo entiendo que ustedes reservan el derecho de cambiar los términos de esta nota ocasionalmente y que yo puedo contactarlos en cualquier momento para obtener una copia mas reciente de esta nota.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar ciertas restricciones en cuanto a como es utilizada la información protegida de mi salud para llevar a cabo tratamientos, pagos y procedimientos relacionados con el cuidado de mi salud, pero que ustedes no están requeridos a concordar con las restricciones, entonces están obligados a cumplir con ellas.

Yo entiendo que yo puedo revocar consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o descubrimiento que ha ocurrido antes de la fecha de m revocación del consentimiento no es afectada.

Firmado en el día: _____ de _____, 20_____.

Escribir el Nombre del Paciente: _____

Relación del Paciente: _____

firma: _____

KIDS DENTAL GROUP

ESTIMADO PACIENTE,

NOSOTROS NOS ESFORZAMOS PARA BRINDARLES UN EXCELENTE CUIDADO DENTAL HACIA USTED, SU FAMILIA Y TODOS NUESTROS PACIENTES. EN ORDEN PARA HACER ESTO EFICIENTEMENTE Y EFICAZMENTE, HEMOS CREADO UN SISTEMA DE CITAS QUE APARTA EL TIEMPO SUFICIENTE PARA CADA UNO DE NUESTROS PACIENTES.

“NO-SHOWS”, Y CANCELACIONES DE ULTIMO MINUTO INTERBIENE CON LA INCOVENENCIA HACIA OTROS PACIENTES PARA OBTENER CUIDADO DENTAL EN MANERA DE TIEMPO. EN UN ESFUERZO PARA REDUCIR ESTE TIPO DE SITUACIONES, HEMOS DECIDIDO IMPLEMENTAR UNA REGLA DE CANCELACIONES DE CITA, QUE SERA EFECTIVA INMEDIATAMENTE.

NUESTRA NUEVA REGLA ES LA SIGUIENTE:

1. REQUERIMOS QUE USTED NOS INFORME POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA PARA CAMBIAR DE FECHA, CANCELAR Y CONFIRMAR CUALQUIER CITA. NUESTRO NUMERO DE TELEFONO ES (559)582-3460.
2. SI USTED PIERDE UNA CITA Y NO CONTACTA LA OFICINA CON 24 HORAS ANTES DE DICHA CITA, SERA CONSIDERADA UNA CITA PERDIDA Y UN CARGO DE **\$50.00** POR NO PRESENTARSE SERA PUESTO EN SU CUENTA, POR PERSONA, POR CITA. ESTO APLICA AH CANCELACIONES DE ULTIMO MINUTO Y “NO-SHOWS”.
3. NUESTRA OFICINA HACE LLAMADAS PARA RECORDARLES DE SU CITA. SI USTED ESTA REGISTRADO/A, EN NUESRO PORTAL DE PACIENTE USTED RECIVIRA UN CORREO ELECTRONICO COMO RECORDATORIO.

Firma

Fecha

Nombre

Permiso de contacto por celular

por medio de este medio doy permiso ala practica dental de usar mi número para (seleccione uno oh los dos) llamada o mensaje de texto acerca de citas y llamadas relacionas para tratamiento, aseguranza, y mi cuenta con la oficina. Yo entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Mi número(s)de celular es (incluir código de área):

() _____ y () _____

Firma

Fecha

Nombre

KIDS DENTAL GROUP

Wiley M. Elick, D.D.S., Inc.

Consentimiento del padre / guardian legal para el tratamiento dental

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Nombre del padre / guardian legal Numero de Telefono

Información del cuidador autorizado

Nombre del cuidador Numero de Telefono de Casa Numero de Celular

El cuidador nombrado arriba esta autorizado para dar su consentimiento para todo tratamiento dental y anestesia oral, para el / los niño (s) arriba mencionado (s), que pueden ser necesarios durante mi ausencia. Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios proporcionados a mi (s) hijo (s) que el cuidador autorizó.

Si las circunstancias lo permiten y / o si Kids Dental Group necesita contactarme, comuníquese conmigo al siguiente número de teléfono:

Este consentimiento sirve como permiso para el tratamiento por parte de Kids Dental Group para los niños mencionados anteriormente.

La autorización será efectiva hasta:

_____ : Un (1) año desde la fecha de la firma.

O

Hasta _____ (liste, mes, dia, año)

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha indicada anteriormente, a menos que revoque esta autorización por escrito y la envíe a Kids Dental Group antes de esta fecha.

Firma

Padre / Guardian Legal (Círculo Uno)
Fecha

Testigo

Fecha