

South Florida Dental Arts

Dr. Jorge O. Hernandez D.D.S. & Associates

6080 Bird Rd., Suite 8

Miami, FL 33155

Registro Del Paciente

| | |
|-----------------|-------------------|
| Nombre: | Apellido: |
| Segundo Nombre: | Nombre Preferido: |

¿Cuál de las siguientes personas? (Marque todo lo que corresponda)

| | | |
|-----------------------------|----|----|
| Paciente | SI | No |
| Nombre Titular de la Poliza | SI | No |
| Persona Responsable | SI | No |

Direccion:

| | | |
|----------------------|-----------------------|----------------|
| Ciudad: | Estado: | Codigo Postal: |
| Teléfono de Dasa: | Teléfono del Trabajo: | Cellular: |
| Fecha de Cacimiento: | Numero Seguro Social: | |

Licencia de Conducir:

Correo Electronico:

Nombre Del Contacto De Emergencia:

Teléfono De Contacto De Emergencia:

| | | | | | |
|---------------------|-----------------|--------------|-------------|------------|-------|
| Sexo: | Masculino | Femenino | | | |
| Estado Civil: | Soltero(a) | Casado | Apartado | Divorciado | Viudo |
| Estado de Empleo: | Tiempo completo | Medio tiempo | Desempleado | | |
| Estatus del Alumno: | Tiempo Completo | Medio Tiempo | N/A | | |

Parte responsable (si mismo que el paciente por favor deje en blanco)Parte responsable

Dirección:

| | | |
|----------------------|--------------------------|----------------|
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono de Casa: | Teléfono de Trabajo: | Cellular: |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: | |

Licencia de Conducir:

Correo electrónico:

Información de seguro primario

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Nombre del asegurado: | Número de seguro social del asegurado: | |
| Fecha de Nacimiento del Asegurado: | Relación con el Asegurado: | |
| Empleador: | Compañía de Seguros: | |

Dirección de la Compañía de Seguros:

| | | |
|-----------------------|---------------------|----------------|
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Beneficios Restantes: | Deducible Restante: | |

Información de Seguro Secundario

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nombre del Asegurado: | Número Seguro Social del Asegurado: | |
| Fecha de Nacimiento del Asegurado: | Relación del Asegurado: | |
| Empleador: | Compañía de Seguro: | |

Dirección de la Compañía de Seguros:

| | | |
|-----------------------|---------------------|----------------|
| Ciudad | Estado: | Código Postal: |
| Beneficios Restantes: | Deducible Restante: | |

¿Cómo supiste de nosotros? (Marque todo lo que corresponda)

| Doctor que le Refirió: | | | | Paciente que le Refirió: | | |
|------------------------|-----------|-------|-------|--------------------------|----------|-----------|
| Google | Yelp | Yahoo | Bing | Páginas Amarilla | Facebook | Instagram |
| Twitter | Periodico | TV | Radio | Letrero | Entrar | Groupon |

Historia Medica

Aunque el personal dental trata principalmente el area dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener o los medicamentos que este tomando, podrían tener una interrelacion importante con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las preguntas (Circule todas la que corespondan)

| | | |
|---|----|----|
| ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? | SI | No |
| SI, porfavor explique: | | |
| ¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido una operación importante? | SI | No |
| SI, porfavor explique: | | |
| ¿Alguna vez ha tenido una lesión seria en la cabeza o el cuello? | SI | No |
| SI, porfavor explique: | | |
| ¿Está tomando algún medicamento, píldoras o drogas? | SI | No |
| SI, porfavor explique: | | |
| ¿Usted toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | SI | No |
| SI, porfavor explique: | | |
| ¿Usted toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | SI | No |
| SI, porfavor explique: | | |
| ¿Está usted en una dieta especial? | SI | No |
| ¿Usa tabaco? | SI | No |

Mujeres marque los siguientes que corespondan

| | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Embarazada | Tratar de quedar Embarazada | Lactancia Materna | Uso de Anticonceptivos Orales |
|------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|

Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

| | | | |
|----------|-------------|--------------|---------------------|
| Aspirina | Penicillina | Codeina | Acrylico |
| Metal | Latex | Sulfa Drogas | Anestésicos Locales |
| Otro: | | | |

| | | |
|----------------------------------|----|----|
| ¿Utiliza sustancias controladas? | Si | No |
|----------------------------------|----|----|

Tiene o Ha tenido alguna de las siguientes **(Marque todas las que correspondan)**

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|----|------------------------------|----|----|-----------------------------------|----|----|
| SIDA /VIH Positivo | SI | No | Sed Excesiva | SI | No | Prolapso de la Válvula Mitral | SI | No |
| Enfermedad de Alzheimer | SI | No | Desmayos / Mareos | SI | No | Osteoporosis | SI | No |
| Anafilaxia | SI | No | Tos Frecuente | SI | No | Dolor de Mandíbula | SI | No |
| Anemia | SI | No | Diarrea Frecuente | SI | No | Enfermedad Paratiroidea | SI | No |
| Angina | SI | No | Dolores de Cabeza Frecuentes | SI | No | Cuidado Psiquiátrico | SI | No |
| Artritis / Gota | SI | No | Herpes Genital | SI | No | Tratamiento de Radiación | SI | No |
| Válvula Cardíaca Artificial | SI | No | Glaucoma | SI | No | Pérdida de Peso Reciente | SI | No |
| Articulación Artificial | SI | No | Fiebre de Heno | SI | No | Diálisis Renal | SI | No |
| Asma | SI | No | Ataque al Corazón / Fracaso | SI | No | Fiebre Reumática | SI | No |
| Enfermedad de la Sangre | SI | No | Murmullo del Corazón | SI | No | Reumatismo | SI | No |
| Transfusión de Sangre | SI | No | Marcapasos Cardíaco | SI | No | Escarlatina | SI | No |
| Problemas Respiratorios | SI | No | Enfermedad del Corazón | SI | No | Shingles | SI | No |
| Fácilmente Abollado | SI | No | Hemofilia | SI | No | Enfermedad de Célula Falciforme | SI | No |
| Cáncer | SI | No | Hepatitis A | SI | No | Problemas del Seno Nasal | SI | No |
| Quimioterapia | SI | No | Hepatitis B o C | SI | No | Espina Bífida | SI | No |
| Dolores en el Pecho | SI | No | Herpes | SI | No | Enfermedad Estomacal / Intestinal | SI | No |
| Ampollas de la Fiebre | SI | No | Alta Presion Sanguinea | SI | No | Stroke | SI | No |
| Trastorno Congénito del Corazón | SI | No | Colesterol Alto | SI | No | Hinchazón | SI | No |
| Convulsiones | SI | No | Urticaria o Rashl | SI | No | Enfermedad de Tiroides | SI | No |
| Medicina de la Cortisona | SI | No | Hipoglucemia | SI | No | Amigdalitis | SI | No |
| Diabetes | SI | No | Latido del Corazón Irregular | SI | No | Tuberculosis | SI | No |
| Drogadicción | SI | No | Problemas de Riñon | SI | No | Tumores o Crecimientos | SI | No |
| Fácilmente Sinuoso | SI | No | Leucemia | SI | No | Úlceras | SI | No |
| Enfisema | SI | No | Enfermedad del Hgado | SI | No | Enfermedad Cenérea | SI | No |
| Epilepsia o Convulsiones | SI | No | Presión Arterial Baja | SI | No | Ictericia Amarilla | SI | No |
| Sangrado Excesivo | SI | No | Enfermedad Pulmonar | SI | No | Otro: | | |

Comentarios:

¿Cómo podemos ayudarle a mejorar su sonrisa?

Por favor Lea y Firme Abajo

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

| | | |
|---|--|-------|
| Paciente o Representante Legal (Nombre de Imprenta) | Paciente o Representante Legal (Firma) | Fecha |
| Doctor (Nombre dr Imprenta) | Firma del Doctor | Fecha |

ARREGLOS FINANCIEROS Y POLIZA PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nuestra poliza financiera para arreglos de pagos de turnos dentales, está diseñada para explicarles a nuestros pacientes claramente las reglas de nuestra oficina y nuestras expectativas para con nuestros pacientes, así como las expectativas de nuestros servicios administrativos.

TURNOS DENTALES

Hay un cargo de \$25.00 por cada turno que el paciente no asista y un cargo por turnos cancelados debido a una emergencia. Una emergencia se considera algún accidente o enfermedad no anticipada. Estos cargos son necesarios ya que cuando un paciente reserva un turno, nuestra oficina dental reserve personal destinado al tratamiento planeado, por lo general esto suma \$350.00 por 45 minutos reservados. Esto es un gasto, una pérdida, que nuestra oficina incurre si usted no asiste a su cita. Este cargo es una pequeña suma destinada a recuperar parte de la pérdida por gastos de recursos destinados para su tratamiento y también, para hacer conciencia de la importancia de su responsabilidad como paciente. Por lo tanto, si ve en la necesidad de cancelar una cita, necesitamos la cancele de 48 horas para darnos la oportunidad de darle esa cita a otro paciente, y no cargarle a su cuenta los \$25.00 dólares.

CARGOS Y PRECIOS POR TRATAMIENTOS

Los precios por tratamientos dentales de nuestra oficina, son basados en altos niveles de calidad a los estándares tasados por nuestra comunidad dental. Usamos los mejores material, le tecnología mas avanzada, y las practicas de diagnósticos y tratamientos mas modernos de odontología.

PAGOS

Los pagos se esperan en el día en que se presten los servicios dentales. Cualquier pago por dentaduras o puente removibles se exigen antes de que se le entreguen los puentes removibles, en otras palabras; antes de que se le sienta en la silla dental. Nuestra oficina no hace arreglos financieros personalmente con el paciente, pero si tenemos varias organizaciones, ofreciéndoles a nuestros pacientes estas facilidades de pagos. Nuestra oficina está en la mejor disposición de ayudarles a procesar una aplicación para haber un arreglo conveniente a su alcance.

SEGUROS Y ARREGLOS DE PAGO

Por favor, recuerde que los seguros son un acuerdo entre el paciente y la compañía de seguro. Por lo tanto, se espera que el paciente pague los copagos, deducibles y la porción correspondiente de la cuenta dental, o sea, la porción que no cubre el seguro. Nuestros precios no están basados en precios tasados por planes dentales o compañías de seguros dentales, si no de acuerdo a los materiales duraderos y técnicas dentales avanzadas que nuestra oficina, y el Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. desea emplear. Para su conveniencia nosotros ofrecemos facilidades de pagos por medio de tarjetas de créditos, aceptamos cheques, cash y arreglo financieros por medio de compañías solventes y acreditadas para la confianza de nuestros pacientes.

CHEQUES DEVUELTOS

Habrá un cargo de \$25.00 por cargos de cheques devueltos.

REQUISICION PARA RAYOS X Y REGISTROS DENTALES

Las requisiciones de rayos x y registros dentales tienen que ser requeridas por escrito por el paciente. Habrá un cargo de duplicación para rayos x, "panorax" de \$30.00. Los periapicales y "bite-wings" serán asesorados de acuerdo a la cantidad de rayos x, porque esto varían de acuerdo a la cita del paciente y la cantidad que fueron tomadas en el momento de la cita. Copias por record dental será \$1.00 por página. Nuestra oficina tiene 30 días para cumplir esta petición de acuerdo a las leyes establecidas.

POLIZA DE COLECCIÓN

Por favor tenga en cuenta que cualquier saldo que permanezca sin pagar después de 30 días será considerado gravemente vencida. Si un saldo no se paga después de 30 días, la cuenta se entregará para la acción de recaudación adicional, a la agencia de recolección adecuada. Si una cuenta es entregada a una agencia de recaudación y / o abogado para la recolección, el titular de la cuenta será responsable de TODOS los honorarios de abogados y / o cobros que esta oficina incurre al intentar cobrar el saldo impago. Estas tarifas de recaudación se añadirán a la parte pendiente de la cuenta y también se convertirán en la responsabilidad financiera del titular de la cuenta.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Con mi consentimiento, Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. y asociados pueden utilizar y divulgar su información de salud protegida acerca de mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud (TPO). Consulte al Dr. Jorge O. Hernández Aviso Sobre Prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de esos usos y revelaciones.

El Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. y asociados se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado puede obtenerse enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en [la Dra. Jorge O. Hernández D.D.S., 6080 SW 40th St. Suite 8, Miami, FL 33155 (305) 665-6564.

Con mi consentimiento, Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. y asociados pueden llamar a mi casa o en otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquiera de los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de la cita, elementos seguros y cualquier llamada relativos a mi cuidado clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. y asociados pueden correspondencia a mi domicilio u otro lugar designado cualquiera de los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente mientras están marcadas como personal y confidencial.

Con mi consentimiento, el Dr. Jorge O. Hernandez D.D.S. Y los asociados pueden enviar por correo electrónico a mí u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo el derecho de solicitar que el Dr. Jorge O. Hernandez D.D.S. Restringir la forma en que utiliza o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por el acuerdo. Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento al Dr. Jorge O. Hernandez D.D.S. Y los asociados a utilizar y divulgar mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la práctica ya ha realizado divulgaciones en confianza a mi consentimiento previo. Si yo no firmar el consentimiento, el Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. y asociados pueden negarse a proporcionar tratamiento para mí.

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR/RECIBIR NOTIFICACIONES DE MENSAJES DE TEXTO Y CORREO ELECTRONICO

Ahora tenemos la capacidad de enviarle un correo electrónico y/o enviarle un mensaje de texto, recordándole sus citas y ofertas especiales relacionadas con nuestra oficina dental. Si desea recibir esta función en el futuro, lea el consentimiento a continuación y firme. Este consentimiento para el correo electrónico y/o mensaje de texto consiste en: Recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica: Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajería de texto para recordarle una cita, recibir ofertas especiales y proporcionar información general de salud.

Yo consiento en recibir recordatorios de citas y información en el correo electrónico y/o número de teléfono que he proporcionado, y cualquier número enviado o transferido a/desde ese número de teléfono. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica futuras

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS CONTROLADAS

Todos los medicamentos están asociados con riesgos, interacciones perjudiciales y beneficios. Siempre que se tome cualquier medicamento, usted está aceptando todos los riesgos asociados con el medicamento. Estos riesgos están incluidos en los paquetes de medicamentos.

El uso a largo plazo de sustancias controladas como los opiáceos (narcóticos analgésicos), benzodiazepinas y otros sedantes son controvertidos porque no hay beneficios probados a largo plazo asociados con su uso. Lo que sí es cierto es el riesgo de desarrollar un trastorno adictivo (dependencia psicológica / dependencia física), así como el riesgo de que ocurran recaídas en una persona con una adicción previa. La sobredosis de medicación con opiáceos puede causar lesiones o la muerte al detener la respiración.

Entiendo y acepto que puede haber riesgos desconocidos asociados con el uso a largo plazo de sustancias prescritas. Los riesgos y beneficios potenciales de estas terapias se explican en otra parte (y usted reconoce que ha recibido tal explicación).

Política para Rellenar Recetas

- No se recargarán las recetas los sábados, domingos o días festivos.
- Requerir mínimo de 3 días hábiles para procesar solicitudes de renovación y / o recolección de recetas.
- El paciente es responsable de saber cuándo se debe volver a llenar la medicación (no hay recargas anticipadas).
- Recojida de recetas por teléfono: de lunes a viernes solamente durante las horas de oficina (9 am - 4pm)
- Las recetas no serán llenadas para pacientes no autorizados
- Las recetas no controladas / no narcóticas requieren una cita de seguimiento cada 30-90 días.
- Los nuevos síntomas y/o eventos requieren una cita clínica, el proveedor no puede diagnosticar por teléfono.

- No vuelva a llenar si los medicamentos se usan en exceso o se usan mal, y deben seguir las instrucciones de la receta
- Los medicamentos son para el uso del individuo prescrito solamente. Es ilegal "compartir" sus medicamentos.
- El paciente debe recoger sus recetas en persona, a menos que el personal lo autorice previamente.
- Notificaré a mi médico tratante y/o prescriptor cualquier cambio en mi condición médica, incluyendo el embarazo.
- Tomaré todos los medicamentos recetados sólo según las indicaciones de mi médico o de mi asociado autorizado. No obtendré analgésicos de más de un médico, solicitar recargas anticipadas o solicitar el reemplazo de recetas perdidas o robadas.
- NO solicitaré recargas de medicamentos y recetas después de horas, los fines de semana o los días festivos.
- Voy a leer completamente los paquetes de medicamentos prescritos, con el fin de comprender plenamente los riesgos y beneficios de cada medicamento recetado, voy a presentar cualquier pregunta o preocupación que pueda surgir después de leer los folletos a mi médico.
- Me someteré a pruebas aleatorias de monitoreo de orina o sangre para asegurar que los medicamentos sean utilizados apropiadamente y prescritos, y que no haya sustancias ilegales.
- Me doy cuenta de que es mi responsabilidad mantener a los demás ya mí mismo de daño, esto incluye la seguridad de mi conducción y el funcionamiento de la máquina. Si hay alguna duda sobre el deterioro de mi capacidad para realizar con seguridad cualquier actividad, no intentaré realizar la actividad hasta que mi habilidad para realizar la actividad haya sido evaluada o he detenido la medicación lo suficiente para que los efectos secundarios se resuelvan. Esto se aplica a todos los medicamentos prescritos por el Dr. Jorge O. Hernandez, D.D.S. Y asociados.
- No voy a usar sustancias ilegales (cocaína, heroína, marihuana, metanfetamina, éxtasis, ketamina, etc.) mientras se trata con sustancias controladas. La violación de esto resultará en el cese de la prescripción de cualquier sustancia controlada y la terminación de la atención por el Dr. Jorge O. Hernández D.D.S. Y los asociados son efectivos inmediatamente.
- No altero mi medicamento de ninguna manera (por ejemplo triturar o masticar tabletas) o usar cualquier otro auto entrega (por ejemplo inyección en insuflaciones) que no sea la prescrita por el Dr. Jorge O. Hernandez D.D.S. Y asociados.
- Entiendo que cambiar la fecha, la cantidad, la fuerza de los medicamentos o alterar una receta de cualquier manera, forma o forma es contra la ley. Forjar recetas o la firma del proveedor es contra la ley. Vamos a cooperar plenamente con las agencias de aplicación de la ley localmente, así como la Agencia de Lucha contra las Drogas (DEA) en relación con cualquier infracción que implique medicamentos recetados. La violación de la ley será reportada a la farmacia del paciente, y las autoridades.
- Dejaré de usar todos los medicamentos para el dolor usados anteriormente, a menos que se los indique para que continúen con mi medicación, y está de acuerdo en informar a otros médicos que están bajo un acuerdo de sustancias controladas.
- Estoy de acuerdo en atender cualquier problema relacionado con mi tratamiento con mi médico o con mi asociado autorizado.

Nombre de Pharmacia:

Telefono de Pharmacia:

Entiendo que estos protocolos son por recomendaciones de la DEA, y cualquier violación de las políticas contenidas aquí puede resultar en mi descarga permanente e irreversible de South Florida Dental Arts. Entiendo, acepto y acepto los protocolos y todos los elementos mencionados anteriormente. Entiendo que el incumplimiento dará lugar a la terminación inmediata de todos los medicamentos recetados.

Paciente (Nombre de Impresion)

Firma del Paciente

Fecha

Representante autorizado del paciente (Si el paciente es menor de 18 años de edad o está dando su consentimiento para el cuidado de otro)

Tengo la autoridad legal para firmar este consentimiento en nombre de:

Nombre del Paciente Menor:

Su Relación con el Paciente

Firma

Fecha

Administración (Nombre de Impresion)

Firma de Administracion

Fecha