



Bienvenido



Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario lo mejor que pueda. Nos complacera ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

Informacion del Paciente

Nombre _____ No. Seguro Social _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel de Casa _____
 Cel _____ Email _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Paciente trabaja para _____ Ocupación _____
 Domicilio del Trabajo _____ Tel del Trabajo _____
 Email del Trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____
 Notifique en caso de emergencia _____ Tel de Casa _____
 Cel _____ Tel de Trabajo _____
 Email del Trabajo _____

Seguro Primario

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. Seguro Social _____
 Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ Tel de Casa _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Cel _____ Email _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupación _____
 Domicilio del trabajo _____ Tel del trabajo _____
 Email del trabajo _____
 Compania de seguro _____ Tel _____
 Email _____

No. de Contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
 Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Seguro Adicional

¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? Sí No

Persona Inscrita _____ Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ No. de Seguro Social _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel de casa _____
 Cel _____ Email _____

Persona inscrita trabaja para _____ Tel del trabajo _____
 Email del trabajo _____
 Compania de seguro _____ Tel _____
 Email _____

No. de Contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
 Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Favor de llenar ambos lados

Historial Dental

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____ ¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frío | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandíbula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Sí NO

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

Historial Medico

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? Sí No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Sí No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, de las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No ¿Está usted tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistence | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafixis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/ marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflammacion de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | Describe _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia química | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/ Hemorragia anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venéricas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandíbula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento?

Si sí, enlistelos todos:

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento?

Si sí, enlistelos todos:

Autorizacion

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro..

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.



Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor entienda que el pago de su factura y el mantenimiento de sus citas programadas se considera parte de su programa de tratamiento. Su clara comprensión de la política financiera y política de cancelación es importante para nuestra relación profesional. Por favor hable con su equipo de oficina si tiene alguna pregunta.

Política Financiera

• El pago completo es debido en el momento del servicio.

Nuestra oficina acepta la asignación de beneficios del seguro. Verificamos la elegibilidad para todos los seguros; Si se espera que su compañía de seguros pague una porción de su factura, esperaremos esa porción de ellos. Es su responsabilidad pagar co-pagos, deducibles y cualquier cantidad que no se espera de su seguro en el momento en que se proporciona el tratamiento. Si usted no tiene seguro, o si nuestra oficina no acepta asignación de su compañía de seguros, entonces el pago es debido en su totalidad en el momento del tratamiento. Si el saldo no se paga en el momento del servicio, por cualquier razón, se acuerda que nuestra oficina le esté otorgando crédito como cortesía. Si el crédito es extendido, usted autoriza a nuestra oficina y / o agentes a acceder a su informe de crédito al consumidor.

Si su compañía de seguros no ha pagado el saldo completo dentro de 60 días, el saldo de su cuenta será su responsabilidad. Tenga en cuenta que algunos y tal vez todos los servicios prestados tal vez "no cubiertos" de servicios y no se considera necesario en virtud de su seguro dental. Un ejemplo de este tipo de servicio son los rellenos compuestos "coloreados con diente". Muchos seguros sólo pagan por rellenos de metal; En tal caso, usted será responsable de la diferencia en el costo.

Además, su compañía de seguros puede pagar sobre la base de honorarios considerados "usuales y acostumbrados" que difieren de los nuestros. Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual para nuestros pacientes. Usted es responsable del pago completo independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros de las tarifas "habituales y acostumbradas".

Recuerde que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de este contrato. Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. En el caso de que su cuenta sea enviada a colecciones, usted será responsable de todos los costos de recolección y honorarios razonables de abogados.

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, Visa, MasterCard, American Express, Discover, y Care Credit.

Nombramientos y Política de Cancelación

• Se requiere notificación de 48-horas para cambiar una cita programada. Se aplicará una cuota de \$100 para todas las citas canceladas o falladas sin un aviso de 48- horas.

Cuando hagamos su cita, reservamos una habitación para sus necesidades particulares. Le pedimos que si tiene que cambiar una cita, por favor dénos por lo menos 48 horas de aviso. Esta cortesía hace posible dar su habitación reservada a otro paciente que quisiera.

Cancelaciones repetidas o citas perdidas resultarán en la pérdida de futuros privilegios de citas.

Sentimos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una habitación, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Excepto para el tratamiento de emergencia para otro paciente, usted puede esperar que seamos rápidos. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted.

Si no confirma sus citas, nuestra oficina se reserva el derecho de cancelar su cita o las de los miembros de su familia. Después de 2 citas perdidas ya no podremos reservar el tiempo de cita para usted por adelantado.

Gracias por entender nuestra política financiera y nuestras políticas de cancelación. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído lo anterior y entiendo completamente sus términos.

Nombre del paciente:

Firma (padre o tutor si el paciente es menor de edad):

Fecha:

Morton
FAMILY DENTAL OF BERWYN



Gracias por elegir nuestro consultorio para las necesidades dentales de su familia. Hacemos todo lo posible para ayudarlo a comprender y estimar los beneficios de su seguro. Como cortesía, nuestra oficina verificará su seguro con su compañía de seguros siempre que nos proporcione su información de seguro actualizada y correcta no menos de 1 día hábil antes de su cita. Además, archivaremos su reclamo dental con su compañía de seguros. Tenga en cuenta que todas las compañías de seguros incluyen un descargo de responsabilidad que indica que la verificación no garantiza el pago. Debido a los miles de planes de seguro, le pedimos que conozca sus beneficios porque sería imposible para nosotros conocerlos a todos. Cada plan de seguro es único en los servicios que permitirán. Tenga en cuenta que su plan de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer los beneficios, limitaciones y exclusiones de su plan dental. Si no está satisfecho con su cobertura específica, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

Solo su empleador puede ajustar los beneficios o cambiar las políticas. No somos responsables, ni podemos garantizar, cómo pagará su seguro un reclamo. Una vez que la compañía de seguros pagó su parte, el saldo restante se convertirá en su responsabilidad.

Tenga en cuenta que los planes de tratamiento cambian ocasionalmente durante el curso del tratamiento porque las condiciones pueden empeorar o mejorar y, por lo tanto, pueden cambiar su responsabilidad financiera en cualquier dirección.

Su deducible y / o copago vencen al momento en que se prestan los servicios. Debido a que su compañía de seguros no garantiza el pago, no siempre podemos garantizar su cobertura de seguro exacta. Por lo tanto, puede recibir un estado de cuenta con un saldo adicional después de que su seguro haya cumplido con su obligación. Le pedimos que pague su parte en el momento del servicio o dentro de los 15 días posteriores a la recepción de dicha declaración. Siempre estamos disponibles para responder sus preguntas y / o ayudarlo de cualquier manera que podamos.

Entiendo que cualquier estimación de seguro que me brinde esta oficina no es una garantía del pago real del seguro. También entiendo que soy en última instancia responsable de todos los cargos incurridos por la odontología realizada a mis dependientes en este consultorio dental y que es mi responsabilidad notificar a la oficina de cualquier cambio en mi seguro.

Firma del paciente: _____

Date: _____

Email: mortondentalberwyn@gmail.com

Website: www.dentistinberwyn.com

Phone Number: 708.484.6847

Datos Sobre El Seguro Dental Que Debe Saber

Seguro Dental Y Responsabilidad Del Paciente

*Muchos planes dentales se basan en un contrato entre un empleador y la compañía de seguros o un individuo y la compañía de seguros. Acuerdan la cantidad que paga el plan y qué trámites cubre. Si tiene una necesidad de atención dental que no está cubierta por su plan, usted es responsable de ese costo. Debido a que su consultorio dental no es parte de ese contrato con la compañía de seguros, cualquier información que tengamos sobre los beneficios de un plan dental proviene de la información general que la compañía de seguros ha proporcionado sobre el plan (a través de un portal web, hablando con un representante de seguros o por medio de un resumen de beneficios limitado enviado por fax). **X**

*Es posible que un plan dental no cubra el tratamiento de afecciones que existían antes de que se inscribiera en ese plan específico (como un tratamiento en curso). Incluso si su plan no paga por ciertos procedimientos, es posible que aún necesite ese tratamiento para mantener su boca saludable. Su dentista basará su plan de tratamiento en lo que necesita, lo que no siempre se alinearán con lo que pagará su seguro. **X**

*El seguro dental rara vez cubre el 100% de los servicios prestados. Consulte su(s) plan(es) para obtener detalles sobre su beneficio dental. **X**

*Cuando recomendamos un plan de tratamiento, nuestro equipo estará encantado de proporcionarle una estimación de lo que su seguro probablemente pagará por sus procedimientos. Aunque no podemos garantizar el monto del pago del seguro, siempre presentaremos reclamos a su compañía de seguros como cortesía. Estimaremos su porción con base en la información general que su compañía de seguros proporcione para ese plan. Al igual que con su cobertura médica, en última instancia, usted es responsable de cualquier parte no cubierta de la tarifa del tratamiento.

Al firmar y colocar mis iniciales a continuación, reconozco que soy el único responsable de mi cuenta en Morton Family Dental of Berwyn. Esto se refiere a todos y cada uno de los tratamientos no cubiertos por mi compañía de seguros.

Firma del paciente: _____

Entiendo que Morton Family Dental of Berwyn facturará a mi cuenta el tratamiento no pagado por mi compañía de seguros dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio de tratamiento.

Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura y los detalles de los beneficios de mi plan de seguro.

El Dr. Serrano, el Dr. Vafa, el Dr. Toledano y el personal aprecian a todos nuestros valiosos pacientes y hacen todo lo posible para brindarle atención dental de calidad y una buena experiencia dental en general.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPPA") es un programa federal que requiere que se mantengan todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente confidencial. Esta ley le da a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para entender y controlar cómo se usa su información de salud. "HIPPA" provee penalidades para las entidades cubiertas que usan mal la información de salud personal.

Según lo requerido por "HIPPA", hemos preparado esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar sus expedientes médicos solamente para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico.

- Tratamiento significa proveer, coordinar o administrar servicios de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría compartir información con otros proveedores o especialistas involucrados en la continuación de su cuidado.
- El pago significa actividades como la obtención de reembolso de servicios, la confirmación de la cobertura, actividades de facturación o cobro y la revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería enviar una factura para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Las Operaciones de Atención de Salud incluyen los aspectos comerciales de nuestra práctica, como realizar actividades de evaluación y mejora de calidad, funciones de auditoría, análisis de administración de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de la evaluación de la calidad.

También podemos crear y distribuir información de salud identificada al eliminar todas las referencias a información individualmente identificable.

Podemos comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

Cualquier otro uso y divulgación se hará solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar tal autorización por escrito y estamos obligados a honrar y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hemos tomado medidas basadas en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, la cual puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo aquellas relacionadas con revelaciones a miembros de la familia, otros familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos respetarla a menos que usted acuerde por escrito eliminarla.
- El derecho a peticiones razonables para recibir comunicaciones confidenciales o información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a enmendar su información médica protegida.
- El derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información protegida de salud.
- El derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros a petición.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Este aviso entrará en vigencia a partir del 24 de Mayo de 2016, y debemos cumplir con los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad vigente actualmente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad y hacer que las nuevas disposiciones de notificación sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita de una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada de esta oficina.

Puede recurrir si considera que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene derecho a presentar una queja por escrito ante nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones a las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Póngase en contacto con nosotros para obtener más información:

Morton Family Dental of Berwyn
6931 Cermak Road
Berwyn, IL 60402
(708) 484-6847 Oficina
(844) 315-7379 Fax
Correo electrónico: mortondentalberwyn@gmail.com

Para obtener más información sobre HIPPA o para presentar una queja:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Oficina de Derechos Civiles
Dirección: 200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257
Llamada gratuita: 1-877-696-6775

RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE HIPPA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MORTON FAMILY DENTAL OF BERWYN
6931 Cermak Road
Berwyn, IL 60402

Yo, _____, por la presente reconozco que he recibido y / o revisado
(Nombre del paciente de la impresión)
una copia de *Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPPA* de **Morton Family Dental of Berwyn**.

Entiendo que la *Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPPA* de **Morton Family Dental of Berwyn** puede cambiar periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de la *Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPPA* de **Morton Family Dental of Berwyn** revisada bajo petición. Entiendo que si tengo preguntas sobre la *Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPPA* de **Morton Family Dental of Berwyn**, puedo contactar a:

Morton Family Dental of Berwyn
6931 Cermak Road
Berwyn, IL 60402
(708) 484-6847 Oficina
(844) 315-7379 Fax

Entiendo que es mi derecho a negarme a firmar este reconocimiento si elijo, y que **Morton Family Dental of Berwyn** no me rechazará el tratamiento si me niego a firmar este reconocimiento.

Además, entiendo que puedo contactar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si tengo inquietudes con respecto a las políticas y procedimientos de privacidad de **Morton Family Dental of Berwyn**. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, póngase en contacto con **Morton Family Dental of Berwyn** para obtener asistencia.

Nombre del Paciente:

Fecha:

Firma del paciente/ padre / tutor:

Nombre del padre / tutor

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Morton Family Dental of Berwyn realizó un esfuerzo de buena fe para obtener el Acuse de recibo del paciente señalado anteriormente, el recibo de su *Notificación de Prácticas de Privacidad HIPPA*. A pesar de estos esfuerzos, **Morton Family Dental of Berwyn** no pudo obtener un Reconocimiento firmado por las siguientes razones:

- Negativa a firmar Acuse de recibo el _____ (fecha)
- Las barreras de comunicación nos prohibieron obtener un Acuse de recibo firmado
- Una emergencia nos prohibió obtener un Acuse de recibo firmado
- Otro (describir): _____



How did you hear about your office? (Select **ALL** that apply)

¿Como se enteró de nuestra oficina? (Seleccione **TODAS** las que correspondan)

- Google
- Facebook
- Yelp
- Office website: www.dentistinberwyn.com
- School Event
- Back to School event (Unity School)
- Nuestras Raices Evento
- Insurance company:

-
- El Dia Newspaper
 - Drove by
 - Morton School
 - Berwyn Magazine
 - Family/Friend:

-
- Dr.Serrano/Dr.Vafa/ Dr.Toledano/Office Staff:
-



Autorización De Tarjeta De Crédito Registrada

Nos estamos moviendo en la dirección de transacciones sin papel y sin contacto en nuestra oficina. Queremos que su proceso de pago sea más eficiente, para que no tenga que pasar por la recepcionista cuando haga el pago para realizar un pago. Complete este formulario para mantener su tarjeta de crédito registrada para futuros pagos y para reservar sus lugares para futuras citas.

Este formulario debe completarse antes de su próxima cita.

Información a completar por el titular de la tarjeta:

Nombre Del Titular De La Tarjeta: _____

Número De Tarjeta: _____

Tipo De Tarjeta: _____

Fecha De Caducidad: _____

Código De Seguridad (3 dígitos en el reverso): _____

Código Postal De Facturación: _____

Correo Electrónico: _____

Autorizo a Morton Family Dental of Berwyn (Dr. Sara Vafa, Dr. Mario Serrano, Dr. Lawrence Toledano) a cargar en la cuenta de tarjeta de crédito anterior los pagos adeudados a mi cuenta por los servicios prestados en su consultorio. Acepto actualizar cualquier información sobre esta cuenta. La información anterior es completa y correcta según mi leal saber y entender.

Su Tarjeta de Crédito puede ser cargada por lo siguiente:

-Costo estimado del tratamiento: Después de explicarle el costo estimado y con su aprobación, se le cobrará a su tarjeta el plan y procedimiento propuesto.

-Cualquier saldo que quede después del pago del seguro. Le cobramos el pago estimado en el momento del servicio, pero cualquier saldo restante se cargará al crédito registrado. (Por ejemplo, podemos estimar que su seguro paga \$ 150 por un procedimiento, pero por muchas razones diferentes, el seguro puede pagar solo \$ 125, entonces vamos a cargar su tarjeta registrada por la diferencia de \$ 25)

- **Cargo por cita rota (\$100 por hora/por cita rota).** Cita incumplida significa cuando el paciente no se presenta a la hora de su cita o cuando no nos avisa con 48 horas de anticipación para cancelar o reprogramar la cita. (Cuando un paciente no se presenta a su cita, aún debemos pagar a nuestro personal, y este cargo es para cubrir el costo de nuestro empleado en caso de que no se presente).

Nota sobre el aviso de cancelación de 48 horas: para cancelar/reprogramar una cita sin que se le cobre una tarifa de cita rota, les pedimos a nuestros pacientes que nos llamen/envíen un mensaje de texto/correo electrónico los días en que estemos abiertos y trabajando durante nuestro horario laboral de operación. Las citas no se pueden cancelar el sábado (trabajamos solo 3 sábados al mes, por lo que no estamos en la oficina todos los sábados) y el domingo. Por ejemplo, si tiene una cita el lunes a las 10 a. m. y necesita reprogramarla, debe comunicarse con nosotros antes de las 10 a. m. del viernes. Otro ejemplo, si necesita cancelar su cita del viernes a la 1 p. m. del martes.

Esperamos que nunca tengamos que cobrarle a ninguno de nuestros pacientes un recargo por pago atrasado y, al seguir estas reglas, nos avisa con suficiente antelación para poder llenar el lugar disponible y ayudar a otros pacientes a obtener la atención que necesitan. Agradecemos su ayuda y comprensión.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____