

Bienvenido!

Nos alegra que esté aquí.

Sabemos que asistir al dentista puede no ser una de las tareas más importantes de su lista. Pero ya sea que hayan transcurrido seis meses o seis años desde la última visita, nos alegra que esté aquí.

Prometemos escuchar sus miedos, preocupaciones, inseguridades y esperanzas; prestarle atención sin ningún tipo de presión y asesorarlo sin obligación; ofrecerle por igual atención y honestidad, porque tenemos la seguridad de que nos confiará su salud bucal si sabe que en el fondo lo único que buscamos es lo que sea más adecuado para usted.

No nos detendremos ante nada para brindarle una experiencia que supere con creces lo que en su opinión debería aportar la atención odontológica.

-. Daniel Kim DMD and The Smile Company Team





Información del paciente

Nos tomamos muy en serio su salud bucal. Pero antes de comenzar el tratamiento, necesitamos algunos datos sobre su historia clínica, los cuales podrían afectar el tratamiento. Toda la información es confidencial.

Encierre en un círculo una de las opciones: Dr./Dra./Sr./Sra./Srta.

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ h./p.: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Número de Seguro Social del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

M F

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

_____ Farmacia de su preferencia: _____ ¿Cómo nos conoció?

Periódico Radio TV Internet Recomendación Otro: _____

Información de seguro

¿Cuenta con seguro dental? (Encerrar en un círculo) **Sí No** ¿Cuenta con un seguro dental secundario? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

| Asegurado primario | | Asegurado secundario | |
|--|--|--|--|
| Nombre del suscriptor | | Nombre del suscriptor | |
| Número del Seguro Social del suscriptor | | Número del Seguro Social del suscriptor | |
| Fecha de nacimiento | | Fecha de nacimiento | |
| Relación con el suscriptor | <input type="checkbox"/> Suscriptor Cónyuge Hijo Otro | Relación con el suscriptor | <input type="checkbox"/> Suscriptor Cónyuge Hijo Otro |
| Nombre del empleador | | Nombre del empleador | |
| Teléfono de empleador | | Teléfono de empleador | |
| Compañía aseguradora | | Compañía aseguradora | |
| N.º de grupo de seguros | | N.º de grupo de seguros | |
| N.º de teléfono de la compañía aseguradora | | N.º de teléfono de la compañía aseguradora | |

Presente su tarjeta seguro a nuestro representante de servicios para pacientes

Información de salud

Fecha del último examen físico: _____ Nombre y número de teléfono de su médico: _____

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?

¿Es una lesión laboral? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Ha recibido atención por parte de un médico? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Fecha de la última visita al dentista: _____ Fecha de las últimas radiografías odontológicas:

Fecha de la última limpieza: _____

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Alguna vez le aplicaron novocaína o cualquier otro anestésico local? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Está interesado en el blanqueamiento dental? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Si usa dentadura postiza, ¿qué antigüedad tiene?: _____ ¿Está interesado en tener nueva dentadura postiza?

Sí No

¿Recibe o recibió en los últimos 2 años terapia con esteroides/cortisona? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (por ejemplo, FOSMA X , ACTONEL , BONIVA) o bifosfonatos por vía intravenosa

(por ejemplo, ZOMETA , AREDIA)? (Encerrar en un círculo) **Sí No** ¿Durante cuánto tiempo los tomó?

En el pasado, ¿tomó antibióticos antes de los procedimientos odontológicos? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Alguna vez presentó una reacción adversa o se descompuso luego de tomar penicilina, aspirina o codeína, recibir anestesia local, entrar en contacto con látex o metales, o bien recibir otro medicamento? **Sí No**

Enumere los medicamentos a los cuales es alérgico:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Enumere los medicamos que tome, incluidos los fármacos de venta libre y los medicamentos a base de hierbas/las vitaminas:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

| Tiene antecedentes de lo siguiente: | N | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|-----------------------|--|--|--|---|
| Fiebre reumática | | | Asma | | Enfermedad de la tiroides | | Alcoholismo |
| Soplo cardiaco | | | Alergias o urticaria | | Epilepsia o convulsiones | | Tratamiento psiquiátrico |
| Prolapso de la válvula mitral | | | Anemia | | Desmayos o mareos súbitos | | Llagas/protuberancias en la boca |
| Diabetes | | | Bruxismo | | Marcapasos/cirugía del corazón | | Terapia con aspirina/anticoagulantes |
| Enfermedad venérea | | | Artritis | | Dolor mandibular (articulación temporomaxilar) | | Úlceras o problemas estomacales |
| Presión arterial alta | | | VIH positivo/SIDA | | Alergia al látex | | Cualquier tipo de implante |
| Presión arterial baja | | | Transfusión de sangre | | Problemas sinusales | | Cáncer (tipo:) |
| Cualquier tipo de trasplante | | | Problema cardíaco () | | Hemorragia excesiva | | Caderas, rodillas o demás articulaciones artificiales |
| Adicción a las drogas | | | Diálisis | | Accidente cerebrovascular | | Otra enfermedad o afección: |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-----------------------------|--|---|-------------------------|--|--|
| Hepatitis (tipo:) | | | Quimioterapia | | | Enfermedad pulmonar | | |
| Enfermedad hepática | | | Radioterapia | | | Problemas respiratorios | | |
| Enfermedad renal | | | Uso de productos con tabaco | | | Tuberculosis (TB) | | |
| Pacientes mujeres únicamente: | | | | | | | | |
| ¿Hay posibilidad de embarazo? | | | | | ¿Se encuentra amamantando? | | | |
| Fecha aproximada del parto: / / | | | | | ¿Está tomando medicamentos anticonceptivos recetados? | | | |

Certifico que he leído y que comprendo las preguntas anteriores y dejo constancia de que las respondí a mi leal saber y entender. Por el presente, otorgo mi consentimiento para que el dentista lleve a cabo un examen y diagnostique mi afección. También presto mi consentimiento para cualquier procedimiento preventivo y de restauración básico que pudiera resultar necesario. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo o el dentista demos por terminado el tratamiento.

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del médico/RDH _____ Fecha _____



Políticas financieras

En los consultorios de The Smile Co., asumimos el compromiso de prestarle un servicio excepcional y brindarle tratamientos que aborden necesidades tanto a corto como a largo plazo. Le facilitamos obtener la atención que necesita con nuestra Peace of Mind Promise (Promesa de tranquilidad), que incluye el compromiso de proporcionar precios bajos todos los días, opciones de financiamiento flexibles, sin sorpresas desagradables. También aceptamos una variedad de opciones de pago y trabajamos con todas las compañías aseguradoras. Hemos asumido el compromiso de mantener nuestros precios bajos, de modo que pueda obtener la atención que necesita. Sabemos que cuenta con opciones y agradecemos que haya decidido confiarnos su atención odontológica.

1. Una estimación del costo de tratamiento escrita y clara

Su dentista le proporcionará un plan de tratamiento integral luego de evaluar su salud odontológica general. Le proporcionaremos una estimación clara y detallada del costo de su plan de tratamiento por escrito para que usted sepa qué esperar, incluidos los beneficios estimados del seguro. Si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura de seguro, le recomendamos que se comunique con su compañía aseguradora.

Si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura de seguro, le recomendamos que se comunique con su compañía aseguradora.

2. Política de pago

Rigen las siguientes políticas de pago:

- El pago total del monto de la Responsabilidad financiera del paciente, según se especifique en el Formulario de aceptación de tratamiento y acuerdo de pago, deberá realizarse antes del momento en el que se presten los servicios. Entre los métodos aceptables de pago se incluyen efectivo, Visa®, Master Card®, beneficios de seguros asignados y programas de financiamiento selectos de terceros (CareCredit)

3. Política de reembolso

Puede suspender el tratamiento y solicitar un reembolso en cualquier momento por cualquier monto que pague por el tratamiento y que no reciba; no obstante, los pacientes sometidos a tratamientos de puentes y coronas son responsables del costo total del plan de tratamiento una vez iniciada la preparación de los dientes.

4. Seguro dental

Si cuenta con seguro dental, la reclamación de su seguro se procesará de la siguiente forma:

- **Dentro de la red:** si su dentista es un proveedor participante que pertenece a su seguro, la facturación se realizará de conformidad con los términos del acuerdo de su dentista con su compañía aseguradora.
- **Fuera de la red:** si su dentista no es un proveedor participante ni pertenece a la red de su plan de seguro, acataremos la estructura tarifaria dentro de la red de su aseguradora. Si su aseguradora no acepta sucesión de beneficios a su dentista, usted es responsable del beneficio de seguro calculado.
- **Descuentos de seguro:** con frecuencia las compañías aseguradoras negocian descuentos para los servicios prestados a los miembros de los planes. Si superara el límite anual de beneficios, como beneficio se puede aplicar la tarifa con descuento de la compañía aseguradora a servicios adicionales.

5. Divulgación de financiamiento externo

El consultorio de The Smile Co acepta pagos provenientes de compañías financieras externas no afiliadas (por ejemplo, CareCredit otorgado por Synchrony Bank). Los consultorios pagan a estas compañías tarifas en función de una escala variable por brindar a pacientes como usted el financiamiento que necesiten y en concepto del costo que supone a estas compañías financieras el otorgamiento de los préstamos

Las decisiones crediticias son exclusiva responsabilidad de las compañías financieras externas. Puede optar por pagar la totalidad del tratamiento o bien una parte de este haciendo uso de uno de los productos de financiamiento externo.

6. Consultas de satisfacción de los pacientes

Hemos asumido el compromiso de brindarle una atención y un servicio excepcionales. Si considera que existe un problema, escribiendo un mensaje de correo electrónico a Dr. Daniel Kim (danielkimdmd@gmail.com).

Aviso de prácticas de privacidad



El presente aviso describe de qué forma la información médica puede usarse y divulgarse, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Analícelo detenidamente. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

Nuestra obligación legal

The Smile Center, al igual que todos los otros consultorios médicos y odontológicos, tiene la obligación, en virtud de la ley federal y estatal vigente, de mantener la privacidad de su información médica. También debemos proporcionarle el presente aviso sobre las prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos respecto de su información médica. Debemos acatar las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras se encuentre en vigencia. El aviso comenzó a regir a partir del 14 de abril de 2003, y su revisión más reciente fue realizada el 20 de agosto de 2013. A demás, permanecerá en vigencia hasta que se modifique o sustituya. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, así como los términos del presente aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley vigente. Nos reservamos el derecho de realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y de aplicar los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica que conservemos, lo cual incluye la información médica que creemos o recibamos antes de efectuar los cambios. Antes de llevar a cabo un cambio considerable de nuestras prácticas de privacidad, modificaremos el presente aviso y pondremos a disposición el nuevo aviso cuando se solicite. Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o bien para recibir copias adicionales del aviso, comuníquese con nosotros a través de los medios descritos en este.

Usos y divulgaciones de la información médica

Nosotros usamos y divulgamos su información médica para llevar a cabo operaciones de atención médica, pago y tratamiento. Por ejemplo:

Tratamiento: podemos usar o divulgar su información médica a un médico/dentista, auxiliares dentales, estudiantes y demás proveedores de atención médica que le brinden tratamiento.

Pago: podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le prestemos.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información médica vinculada con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de mejora y evaluación de calidad, revisión de competencia y calificaciones de profesionales de atención médica, evaluación del desempeño de proveedores y médicos, realización de programas de capacitación, o actividades de acreditación, certificación, otorgamiento de licencias u otorgamiento de credenciales.

Su autorización: además del uso que hagamos de su información médica para operaciones de atención médica, tratamiento o pago, usted puede autorizarnos por escrito para que usemos la información médica o la divulguemos a cualquiera para cualquier fin. Si nos otorga la autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación permitidos por la autorización mientras esta estuvo en vigencia. A menos que nos brinde una autorización por escrito, no podremos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo, salvo aquellos descritos en el presente aviso.

A sus familiares y amigos: tenemos la obligación de divulgarle su información médica, según se describe en la sección Derechos de los pacientes del presente aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida en que resulte necesaria para ayudar en su atención médica o en el pago de esta, pero únicamente si acepta que podamos hacerlo.

Personas que participan en la atención: podemos usar o divulgar su información médica para notificar o bien prestar asistencia en la notificación a un familiar, su representante personal u otra persona responsable (lo que incluye la identificación o la localización de estos) sobre su atención, su paradero, su condición general o su fallecimiento. Si usted está presente, antes de usar o divulgar su información médica le ofreceremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o en circunstancias de emergencia, divulgaremos la información médica de acuerdo con una decisión producto de nuestro criterio profesional y solamente se tratará de la información médica que sea directamente relevante para la intervención de la persona en su atención médica. También aplicaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia en la práctica común para realizar inferencias razonables de lo más conveniente para usted al permitir que una persona recoja sus recetas, insumos odontológicos, radiografías u otras formas similares de información médica.

Comercialización de servicios relacionados con la salud: podemos usar la información del paciente de manera interna para ofrecer bienes y servicios que creamos que pudieran resultar de interés. Podemos emplear la información del

paciente para ponernos en contacto con usted a fin de consultar o realizar una encuesta sobre la experiencia del paciente en los centros visitados y la posibilidad de servicios o mejoras futuras necesarios para continuar desempeñándonos como su proveedor de servicios. También podemos generar y usar información acumulada del paciente que no lo identifique personalmente para comprender más acerca de las características y los intereses en común de nuestros pacientes.

Podemos utilizar uno o más proveedores de servicios externos para enviarle comunicaciones por correo electrónico u otro tipo de comunicación en nuestro nombre, lo que incluye encuestas de satisfacción de pacientes. Estos proveedores de servicio tienen prohibido usar su dirección de correo electrónico u otra información de contacto para cualquier fin que no sea enviar comunicaciones en nuestro nombre.

Nuestra intención es únicamente enviar comunicaciones por correo electrónico que podrían resultarle útiles y que desee recibir. Cuando nos proporcione su dirección de correo electrónico como parte del proceso de registro o programación de citas, lo incluiremos en nuestra lista de pacientes para recibir correos electrónicos informativos y promocionales. Además, los pacientes y visitantes de nuestro sitio web tienen la oportunidad de optar por recibir comunicaciones promocionales electrónicas seleccionando la opción para recibir de nuestra parte mensajes de correo electrónico promocionales en nuestro sitio web. Cada vez que reciba un correo electrónico promocional, tendrá la opción de dejar de recibir futuros mensajes de correo electrónico siguiendo las instrucciones proporcionadas en el mensaje o puede hacerlo en cualquier momento, según las instrucciones proporcionadas.

Cookies

Nuestro sitio web emplea la tecnología de “cookies”. Estas son cadenas cifradas de texto que los sitios web almacenan en el equipo de los usuarios. Nuestro sitio web emplea cookies en todo el proceso en línea para agrupar la información introducida en varias páginas. Por ejemplo, las cookies permiten que nuestro sitio web “recuerde” la información que se nos proporcione.

Además, las cookies se utilizan para lo siguiente:

1. medir el uso de distintas páginas de nuestro sitio web para que podamos adaptar mejor nuestra información a sus necesidades y facilitarle el acceso a ella;
2. brindar funciones tales como citas en línea, pago de facturas y demás herramientas que consideremos que podrían resultarle interesantes y valiosas.

Los dos tipos de cookies que usamos se denominan cookies de “sesión” y cookies “persistentes”. Las cookies de sesión son temporales y se eliminan automáticamente una vez que abandona nuestro sitio web. Las cookies persistentes permanecen en la unidad de disco duro del equipo hasta que usted las elimine. No empleamos las cookies para recoger información de identificación personal acerca de usted además de aquella que nos proporciona voluntariamente en las transacciones que realiza con nosotros. Nuestras cookies no adulteran ni dañan a su equipo, sus programas ni sus archivos de computadora. Puede configurar su navegador para bloquear cookies.

Recaudación de fondos: no usaremos su información médica en actividades de recaudación de fondos sin su consentimiento por escrito.

Requisito legal: podemos usar o divulgar su información médica cuando así nos lo exija la ley.

Abuso o negligencia: podemos divulgar su información médica a las autoridades correspondientes si creemos justificadamente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o bien la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información médica en la medida en que resulte necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o su seguridad, o bien la salud o la seguridad de otros.

Seguridad nacional: en determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica del personal de las Fuerzas Armadas. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información médica exigida para llevar a cabo actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional. En determinadas circunstancias, podemos divulgarla a funcionarios de instituciones correccionales o del orden público que tengan la custodia legal de la información médica protegida de internos o pacientes.

Recordatorios de citas: podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Derechos del paciente

Acceso: tiene el derecho de analizar u obtener copias de su información médica con limitadas excepciones. Puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato además de las fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que por cuestiones prácticas no podamos.

Podemos cobrar una tarifa por elaborar registros odontológicos y radiografías, según lo permita la ley.

Contabilidad de divulgación: tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica con fines no vinculados con operaciones de atención médica, tratamiento, pago y otras actividades específicas durante los últimos 6 años pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita esta declaración contable más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable en función del costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: tiene el derecho de solicitar que apliquemos restricciones adicionales en el uso o la divulgación por nuestra parte de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo (salvo en el caso de una emergencia). Cuando paga la totalidad de los servicios por fuera de su plan de seguro, puede solicitar que restrinjamos esta información y no la divulgaremos ni al plan de seguro médico ni a la compañía aseguradora.

Notificación de acceso indebido: según lo exija la ley, le proporcionaremos notificaciones del acceso indebido a la información médica sin proteger.

Comunicación alternativa: tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted respecto de su información médica a través de medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Esta solicitud se debe llevar a cabo por escrito. Su solicitud debe especificar el medio o la ubicación alternativa, e indicar una explicación satisfactoria sobre la manera en que se procesarán los pagos en los medios o la ubicación alternativa que solicite.

Enmienda: tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información médica. Dicha solicitud se debe llevar a cabo por escrito y debe explicar por qué la información debe enmendarse. Podemos rechazar su solicitud en determinadas circunstancias.

Aviso electrónico: si recibió el presente aviso en nuestro sitio web o mediante correo electrónico, también tiene derecho a recibirlo por escrito.



Recibo de plan de tratamiento y políticas financieras

1. Políticas de pago, seguro y acuerdos financieros (TODOS los nuevos pacientes deben firmarlas).

Al firmar a continuación, dejo constancia de que recibí el formulario de Políticas financieras y acepto acatarlas.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

2. Aviso de prácticas de privacidad (deben firmarlo TODOS los pacientes nuevos).

Al firmar a continuación, dejo constancia de que he leído el Aviso de prácticas de privacidad, según lo exige la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPA A) de 1996.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

3. Divulgación de información a compañías aseguradoras y asignación de beneficios (debe estar firmada por todos los pacientes nuevos con seguro y quienes esperen obtener seguro).

En la medida en que lo permite la ley, presto mi consentimiento para que los consultorios a los que asisto (o las personas a las que estos designen) usen y divulguen mi información médica protegida para realizar actividades de pago vinculadas con mi reclamación de seguro. Esta información se usará exclusivamente a los fines de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios. A demás autorizo e indico que se pague al consultorio los beneficios odontológicos que de otro modo me corresponderían.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

4. Consentimiento para obtener el historial de los medicamentos del paciente.

En la medida en que lo permite la ley vigente, autorizo a este consultorio odontológico (o a sus designados) a obtener de mi farmacia y compañía aseguradora (según corresponda) información sobre mi historial de recetas y otorgo a mi farmacia y compañía aseguradora permiso para divulgar dicha información. Esto incluye información relacionada con medicamentos para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas mentales.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

Parte responsable (si el paciente es menor de 18 años o discapacitado)

Encierre en un círculo una de las opciones: Dr./Dra./S r./S ra./S rta.

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ h./p.: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ E stado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: (____) _____ Teléfono laboral:(____) _____ Teléfono celular:(____) _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____ Sexo:(encerrar en un círculo) M F

Firma: _____ Fecha: _____