

Parkway View Family Dentistry

De fecha de hoy _____

Dr. Gregory Solis, DDS, Dr. Sarah Ade Wallace, DMD, and Dr. Benjamin Marine, DMD
7017 John Deere Pkwy, Suite 2B, Moline, IL 61265
1101 Albany Street, Erie, IL 61250

Bienvenido a nuestra oficina. Por favor llene la siguiente información lo más completa posible. Por favor escribe claramente.

INFORMACION PARA EL PACIENTE

Título Señor Sra. MS Miss Dr.

Nombre _____ Prefiero que me llamen _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono: Celular: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Sexo Hombre Mujer

Correo electrónico dirección _____

La casilla correspondiente: Menor de edad Solo Se casó con Viudo/a Separados Se divorciaron

Donde trabajas _____ Ocupación _____

Si estudiante, nombre de la escuela _____ Ciudad/estado _____

¿Cuáles podemos agradeceremos refiriéndose a le? _____

Persona de contacto en casa de emergencia _____ Telefono _____

Persona que es financieramente responsable de este proyecto de ley _____

Esposo/Padre

Esposa/Madre

Nombre _____

Nombre _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Ciudad/Estado/Código _____

Casa #: _____

Casa #: _____

Celular # _____

Celular # _____

Donde trabajas _____

Donde trabajas _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Tiene seguro Dental Si No

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE ABONADO PRIMARIO

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Cual es tu relación _____

Número de Seguro Social _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Celular _____

Compañía de seguros _____ Grupo # _____ ID# _____

Tienes cualquier seguro adicional Si No

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE ABONADO SECUNDARIO

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Cual es tu relación _____

Número de Seguro Social _____ Nombre de empleador _____

Dirección del empleador _____ Celular _____

Compañía de seguros _____ Grupo # _____ ID# _____

Hacemos todo lo posible para mantener el costo de su atención dental integral. Usted puede ayudar a pagar al término de cada visita. Otros arreglos es posible con nuestras oficinas dependiendo de circunstancias especiales. **Una estimación de la carga para cualquier procedimiento se dará a usted a petición.** Si tienes un seguro dental, estaremos encantados de llenar los formularios apropiados, pero por favor, completa la información de identificación en este formulario. **Si se trata de seguro es su responsabilidad pagar cualquier monto deducible, coaseguro otro saldo no pagado por su seguro.**

Firma del paciente (o tutor legal, si es menor _____ de fecha _____

Esta firma en el archivo es mi autorización para la liberación de la información, incluyendo cualquier información médica protegida necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo y pago al doctor el nombre de los beneficios de lo contrario pagables me directo.

Firma del paciente (o tutor legal, si es menor _____ de fecha _____

Nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento _____ de fecha _____

HISTORIA DENTAL

Razón de visita _____

Si pudiera cambiar una cosa en tu sonrisa, lo que sería _____

Ex dentista _____ Ciudad/Estado _____

Fecha de última visita _____ Razón de última visita: Limpieza Rellenos Extracción del diente Otros

Fecha de último radiografías _____ Tipo de radiografías tomadas: Radiografías interproximales Serie oral

Panorex No sé

Tienes, o ha tenido, alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío/calor | <input type="checkbox"/> Herpes labial/aftas | <input type="checkbox"/> Gagging |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Dolor agudo/palpitando | <input type="checkbox"/> Crecimiento en la boca | <input type="checkbox"/> Ventilación boca |
| <input type="checkbox"/> Encías sensibles o inflamadas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder | <input type="checkbox"/> Mandíbula dolor/cansancio | <input type="checkbox"/> Apretamiento de la lengua |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Roto, dientes sueltos rellenos | <input type="checkbox"/> Clic/Popping quijada | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo |
| <input type="checkbox"/> Sequedad en la boca | <input type="checkbox"/> Sensación de ardor | <input type="checkbox"/> Pulido/rechinar dientes | <input type="checkbox"/> Ortodoncia |

CLINICA HISTORIA

Médico de atención primaria nombre _____ Ciudad/Estado _____

Teléfono del médico _____ Fecha de última visita _____

Tienes, o ha tenido, alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| S N | S N | S N |
| <input type="checkbox"/> De las válvulas del corazón artificiales | <input type="checkbox"/> De Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Artritis o Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artroplastia protésica | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo |
| <input type="checkbox"/> Medicamento diluyente de sangre | <input type="checkbox"/> De asma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Del prolapso de la Válvula Mitral/ Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Pulmonar respiratoria trastornos | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> De Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Alta/Baja presión (circulo uno) | <input type="checkbox"/> Hígado enfermedad | <input type="checkbox"/> Tratamientos de quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Órgano trasplante | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C (circulo uno) | <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación |
| <input type="checkbox"/> De marcapasos | <input type="checkbox"/> De la ictericia | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> De las insuficiencia cardiac congestiva | <input type="checkbox"/> Reflujo GERD/Ulceras/Acido | <input type="checkbox"/> Químico dependencia de drogas |
| <input type="checkbox"/> De Desorden congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia | <input type="checkbox"/> Phen-Fen/Redux en el pasado |
| <input type="checkbox"/> Problemas o enfermedad/cirugia del corazón | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Audiencia/Dificultades de visión |
| <input type="checkbox"/> Epilapsia o crisis convulsivas | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | Para Mujeres Solamente: |
| <input type="checkbox"/> De Diabetes | <input type="checkbox"/> Tiroides problemas | <input type="checkbox"/> ¿Está embarazada? |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/osteoporosis med | <input type="checkbox"/> ¿Amamantamiento? |
| | <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (VPH) | <input type="checkbox"/> ¿Anticonceptivos orales? |

Están bajo el cuidado de un médico? Si No Si sí, explique _____

¿Ha tenido una enfermedad grave o la operación no aparece? _____

¿Usa tabaco? Si No Si sí, cuánto usas _____ # de años _____

- Allergies: Penicilina Látex Codeína Aspirina Sulfa Anestésicos Locales
 Barbitúricos Yodo Acrílico Metal Alergia alimentaria
 Otras _____

Medicamentos: Por favor una lista de medicamentos que está usando actualmente, incluyendo suplementos de medicamentos sin receta médica.

He leído y entiendo las preguntas anteriores y a lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligrosa para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del paciente (o tutor legal, si es menor) _____ de fecha _____

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA – Parkway View Family Dentistry LTD

INFORMACIÓN

Antes de recibir el servicio, usted debe completar nuestros formularios de paciente y formularios seguros necesarios, así como proporcionar su tarjeta de seguro y una licencia de conducir para fotocopias.

SEGURO

Seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nos presentar reclamaciones de seguros como una cortesía a nuestros pacientes. Nos no ser involucradas en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a los deducibles, copagos, cubiertos cargos, cargos "usuales y habituales", etc., que a proporcionar información objetiva según sea necesario.

Usted es responsable por el pago puntual de su cuenta. Usted será responsable de los servicios y cualquier deducible o la cantidad no cubiertos por su compañía de seguros. Si podemos determinar estos montos en el momento del servicio, se le pedirá para el pago en ese momento. **Es su responsabilidad conocer los términos y condiciones de su cobertura de seguro. También es su responsabilidad dar seguimiento para asegurarse que su compañía de seguros ha pagado por sus servicios, o no se le notifica de cualquier problema por esta oficina. Es su responsabilidad notificarnos de cualquier cambio en el seguro.**

Si usted no tiene ninguna prueba de seguro o si su cobertura no puede ser verificada, pago obedece en completo en el momento del servicio. Estaremos encantados de llenar un formulario seguro en una fecha posterior para que la compañía de seguros le reembolse directamente.

PROVEEDOR PARTICIPANTE

En este momento, somos un proveedor de participantes Premier con todos los planes de seguro Delta Dental. Eres Bienvenido a utilizar su seguro actual si se trata de una compañía de seguros diferentes, sin embargo tendrá que pagar su reclamación como un proveedor no participante.

REMUNERACIÓN DEL UNO MISMO

Si no tienes seguro, el pago se espera en su totalidad en el momento del servicio. Planes de pagos se pueden organizar sobre una base limitada. Aceptamos efectivo, cheques y más tarjetas de crédito.

POLÍTICA PARA EL TRATAMIENTO DE GRANDES PLANES

Si un plan de tratamiento consta de procedimientos extensos, la Oficina podrá exigir 50% abajo para comenzar el procedimiento. El 50% restante se deberá al terminar u opciones de financiación puede estar disponible. Hable con nuestro personal de recepción.

PROCEDIMIENTOS NO CUBIERTOS POR LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

Las compañías de seguros no cubren procedimientos y dispositivos que consideran cosméticos en la naturaleza, por ejemplo, blanqueamiento carillas, snoreguards, tratamientos, etc. Por esta razón, el pago de tales procedimientos es típicamente requiere al tiempo de servicio.

LITIGIOS

Pacientes implicados en un accidente de auto, caso de compensación del trabajador, demanda de lesiones personales, lesiones relacionadas o todos los demás accidentes de la escuela, son responsables por el pago en su totalidad al tiempo de servicio. Como una cortesía, enviaremos a su abogado una declaración de sus cargos si usted nos proporciona con un nombre y una dirección.

He leído la política de arriba y entiendo mi responsabilidad de mí (o mi miembro de la familia) cuenta.

Firmada _____ De fecha _____

Caso, yo soy financieramente responsable por (nombre del paciente menor de edad) _____

Todo pasado por cuentas o pudiendo realizar pagos financiación adecuados, están sujetas a un cargo por financiamiento de 1.5% por mes o la tasa máxima permitida por la ley. El abajo firmante se compromete a ser personalmente responsable de todos los cargos, si en cualquier momento, o por cualquier razón, el suscrito no puede pagar por servicios de fecha de vencimiento, el abajo firmante se compromete a pagar y autoriza Parkway View Family Dentistry Ltd. para facturar a su cuenta cargos por financiamiento como se describe anteriormente. En caso de que se hace necesario Parkway View Family Dentistry Ltd. a incurrir en costos de cobranza o Instituto juego a cobrar cualquier cantidad debida bajo este acuerdo, los firmantes también se compromete a pagar colección honorarios y gastos, incluyendo razonables de los abogados honorarios y corte costo además de todos los honorarios legales si incurrió para la recolección y se somete a la jurisdicción y sede de Condado de Rock Island, IL. Por la presente certifico que he leído y estoy de acuerdo con los términos.

Firmada _____ De fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que, bajo el Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPPA), que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento ya sea directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He sido informado por Parkway View Family Dentistry Ltd de su aviso de privacidad para los pacientes, que se muestra en el consultorio dental y contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Me ha dado el derecho a revisar tal aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho a modificar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar con la organización en cualquier momento en la siguiente dirección para obtener una copia actualizada de su aviso de privacidad:

Parkway View Family Dentistry
7017 John Deere Pkwy
Suite 2B
Moline, IL 61265
309-792-0513

Parkway View Family Dentistry
1101 Albany Street
PO Box 850
Erie, IL 61250
309-659-2201

Entiendo que puedo pedir, por escrito, que Parkway View Family Dentistry Ltd. restringir cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que Parkway View Family Dentistry Ltd no está obligado a aceptar mis pedidas restricciones, pero si están de acuerdo, entonces están obligados a acatar las restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que han tomado acción de reinstalación en este consentimiento.

Nombre del paciente _____

Firma _____

Relación con el paciente _____

De fecha _____