

Drs. Kaugars, Miller y Beitz, PC
Formulario de historial médico del paciente

Nombre: _____ Género: ____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre preferido: _____ Estado civil: ____ SS # _____
 Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____
 Empleador / Escuela: _____ Ocupación: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Farmacia preferida: _____
 Nombre del dentista: _____ Cuánto tiempo: _____ Última visita: _____
 Nombre del médico: _____ Cuánto tiempo: _____ Última visita: _____
 Remitido por: _____ Razón de la visita: _____

Dado que la enfermedad periodontal es producida por una combinación de muchos elementos complejos, es necesario resolver cada posible factor contribuyente. Aunque algunas de las siguientes preguntas pueden parecer no estar relacionadas con la infección de sus encías, todos están asociados con el manejo adecuado de su salud bucal.

Historial médico

¿Está siendo tratado actualmente por una infección médica? No si _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

Sangrado anormal	Epilepsia	Marcapasos
Abuso de alcohol	Reflujo esofágico	Tos persistente
Alergias	Desmayos	Terapia física
Anemia	Dolores de cabeza frecuentes	Neumonía por Pneumocystis
Angina de pecho	Anestesia general	El embarazo
Hinchazón de tobillos	Glaucoma	Asesoramiento profesional
Artritis	Fiebre del heno	Problemas de próstata
Asma	Escuchando problemas	Problemas psiquiátricos
Problemas de sangrado después de la extracción	Problemas del corazón	Radioterapia
Transfusión de sangre	Hemofilia	Fiebre reumática
Cáncer	Hepatitis / enfermedad hepática	Convulsiones
Quimioterapia	Hipertensión	Infección transmitida sexualmente
Dolores en el pecho	VIH / SIDA	Herpes
Problemas circulatorios	Lesión en la cabeza o el cuello	Anemia drepanocítica
Cardiopatía congénita	Reemplazo de la articulación	Problemas de los senos nasales / fiebre del heno
Lentes de contacto	Problemas de riñón	Carrera
Diabetes: Tipo I Tipo II	Presión arterial baja	Problemas tiroideos
Respiración dificultosa	Prolapso de la válvula mitral	Tuberculosis
Abuso de drogas	Obstrucción nasal	Úlceras
Enfisema	Osteoporosis / Osteopenia	Otro: _____

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina	Látex	Drogas sulfa
Codeína	Penicilina	Tetraciclina
Anestésicos dentales	Otro: _____	

¿Qué medicamentos está tomando actualmente, incluidos los recetados, los de venta libre, los herbales y las vitaminas, como:

Antibióticos	Control de la natalidad	Diuréticos
Anticoagulantes	Cortisona, esteroides	Nitroglicerina
Aspirina / Tylenol / Advil	Digital	Tranquilizantes
Otro: _____		

Enumere las hospitalizaciones / cirugías: _____

¿Fuma o usa tabaco? Sí No Si es así, cuánto _____ y por cuánto tiempo _____

¿Vapeas o usas cigarrillos electrónicos? Sí No Si es así, cuánto _____ y por cuánto tiempo _____

¿Bebes alcohol? Sí No Si es así, ¿cuánto _____

Historia familiar ___Diabetes ___ Enfermedad cardíaca

Agregue cualquier cosa que considere importante saber sobre su salud: _____

Historia Dental

¿Tiene alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sangrado de las encías | Miedo al tratamiento dental | Dolor de muelas |
| Apretar / rechinar los dientes | Dientes cambiantes | Sensibilidad de los dientes |
| Hacer clic / reventar la mandíbula | Llagas / Bultos en la Boca | Sabor desagradable |
| Otro: _____ | | |

¿Utiliza hilo dental con regularidad? sí No

¿Con qué frecuencia visita a su higienista dental? _____ ¿Cuándo fue la última visita de higiene dental? _____

¿Cuan a menudo te cepillas los dientes? ____ ¿Qué tipo de cepillo de dientes usa? _____

¿Ha tenido tratamiento periodontal antes? _____ En caso afirmativo, ¿cuál fue el tratamiento recibido?

¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia antes? _____

Si hay algo que puedas cambiar sobre tu sonrisa, ¿qué sería?

LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CORRECTAS Y ACEPTO EL EXAMEN Y EL TRATAMIENTO. ACEPTO SER RESPONSABLE DE HONORARIOS ACUMULADOS DURANTE EL TRATAMIENTO Y CUALQUIER HONORARIO DE ABOGADOS O COSTO DE LA CORTE QUE PUEDA SURGIR EN COBRO DE ESAS TARIFAS.

Fecha _____ Firma _____ Relación _____

Nombre impreso: _____

Política financiera

¡Bienvenido a nuestra práctica! Gracias por elegirnos para su necesidades periodontales. Nuestra práctica se compromete a proporcionar la el mejor trato y servicio para nuestros pacientes. Por favor entienda que el pago puntual de su factura se considera parte de su tratamiento. El siguiente es un estado de nuestras finanzas política, que requerimos que lea y firme antes de tratamiento.

El pago total debe realizarse en el momento del servicio, a menos que los arreglos se hacen con nuestra oficina comercial.

Todos los pagos vencen al momento del servicio.

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito, MasterCard, Visa, Discover y CareCredit.

Seguro:

Somos un proveedor que no participante de todas las compañías de seguros, pero nos complace presentar su seguro.

En el momento del servicio, requerimos la diferencia del pago esperado de su compañía de seguros.

y nuestros cargos. Nuestro personal le explicará el pago de buena fe por cada uno de nuestros servicios. **Tenga en cuenta nuestras tarifas no son negociables en ningún servicio independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros**

Beneficios

Se cobrará una tarifa de cita perdida de \$ 100 si no se da aviso con al menos 48 horas de anticipación.

Pacientes de Medicare: Somos proveedores no son participantes de Medicare; esto significa que no podemos enviar sus reclamos de Medicare ni el paciente puede presentar reclamos por ningún servicio prestado en este oficina.

Acuerdo:

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. Entiendo que el pago total vence dentro de treinta (30) días después de la primera facturación. Estoy de acuerdo y entiendo que un CARGO POR FINANCIAMIENTO del 1.5% por mes se aplicará sobre cualquier saldo con más de sesenta (60) días de atraso, que es una TASA ANUAL del 18%. ¿Debería esto la cuenta sea referida a nuestro abogado o agencia de cobranza, acepto pagar todos los costos de cobranza y / o de la corte, incluyendo los honorarios de abogados más el endeudamiento total.

Nombre impreso del paciente / parte responsable: _____

Firma del paciente / parte responsable: _____

Fecha: _____

Aunque no participamos con ninguna compañía de seguros,
Envíe todas las reclamaciones para nuestros pacientes. Con el fin de proporcionar un
respuesta oportuna de su compañía de seguros toda la información
debe ser provisto.

Primario

Compañía de seguros _____

Nombre del suscriptor _____ Relación con el paciente _____

Información del suscriptor

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ SS #: _____

Empleador _____

Ocupación _____

N. ° de grupo: _____ ID de suscriptor: _____

Secundario

Compañía de seguros _____

Nombre del suscriptor _____ Relación con el paciente _____

Información del suscriptor

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ SS #: _____

Empleador _____

Ocupación _____

N. ° de grupo: _____ ID de suscriptor: _____

Autorización: en la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi salud
protegida información para realizar pagos / actividades en relación con mi plan de tratamiento programado.

Firma del paciente / parte responsable

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad Formulario de reconocimiento por escrito

Claire C. Kaugars, DDS Benita A. Miller, DDS Jill T. Beitz, DDS

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar de acuerdo con las regulaciones federales. Una copia actual puede ser obtenida solicitando una copia a nuestra recepcionista o llamando al (804) 285-4867.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se utiliza o divulga la Información de salud protegida (PHI) sobre usted. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, estamos sujetos a este acuerdo. Cualquier solicitud para restringir nuestro uso de su información debe hacerse por escrito a nuestro oficial de privacidad de práctica.

Drs. Kaugars, Miller & Beitz, PC tiene la intención de usar y divulgar la PHI mínima necesaria sobre usted para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Otros usos y divulgaciones no descritos como permitidos en nuestro Aviso de privacidad Las prácticas requerirán una autorización actual firmada y fechada de usted o su representante legal designado.

Entiendo que puedo hacer preguntas al personal de los Dres. Kaugars, Miller y Beitz, PC si no entiendo alguna YO, se les ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad para los Dres. Kaugars, Miller y Beitz, PC

DIVULGACIONES A FAMILIARES Y AMIGOS

Un representante del personal de los Dres. Kaugars, Miller y Beitz, PC me han explicado que se pueden hacer divulgaciones a familiares y amigos relacionados con mi salud o para obtener pago por servicios de atención médica. Entiendo que los Dres. Kaugars, Miller y Beitz, PC solo revelará información relevante para mi tratamiento actual.

Marque uno u otro:

No deseo que se divulgue mi información médica a nadie.

Autorizo a los Dres. Kaugars, Miller y Beitz para divulgar información de atención médica a las siguientes personas:

NOMBRE

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Cualquier divulgación realizada por el personal a las personas mencionadas anteriormente se documentará en el registro del paciente en formato de resumen. detallando la fecha de divulgación, la persona con quien se divulgó la información, qué información se divulgó y el nombre del empleado que divulgó la información.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

información contenida en el Aviso de prácticas de privacidad.

no se pudo obtener porque:

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**** Puede negarse a firmar este reconocimiento ****

YO, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de privacidad.

{Nombre en letra de imprenta} _____

{Firma} _____

{Fecha} _____

Sólo para uso de oficina Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero acuse de recibo

- .. El individuo se negó a firmar
- .. Barreras de comunicación prohibieron la obtención del reconocimiento
- .. Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- .. Otros (especificar)

