

Gracias por elegir **Northcutt Dental** como su proveedor de atención médica. Para servirle mejor, les pedimos a todos nuestros pacientes que completen nuestra forma de información del paciente completamente antes de ver al Dentista o la Higienista. FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE.

INFORMATION DEL PACIENTE (MENOR DE 17)

Nombre: _____
Apellidos Nombre Primer Nombre Segundo Nombre Nombre Preferido

Dirección: _____ Apto: _____ Teléfono de Casa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ Celular: _____
Teléfono del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ ☐ M ☐ F

No. SS: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cómo escuchó de nosotros? _____

¿Quién en tu familia ha estado con nosotros antes? _____

Contacto en caso de emergencia (que no viva con el menor)? _____ Teléfono: _____

Relación con el menor: _____ Dirección: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____ Relación con el Paciente: _____

Madre/Nombre del Tutor legal: _____ Celular: _____

Padre/Nombre del Tutor legal: _____ Celular: _____

¿Tiene Seguro? ☐ Si ☐ No (Si no vaya a la siguiente página)

Compañía de Seguro Primario: _____ Relación del asegurado con el Paciente: _____

Nombre del Asegurado: _____
Apellidos Nombre Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ No. SS: ____ - ____ - ____

Empleador del asegurado: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Seguro Adicional? ☐ Si ☐ No

Compañía de Seguro Secundario: _____ Relación del asegurado con el Paciente: _____

Nombre del Asegurado: _____
Apellidos Nombre Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ No. SS: ____ - ____ - ____

Empleador del asegurado: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Por la siguiente autorizo que las prestaciones de seguro sean pagadas directamente a Northcutt Dental; o bien, a mí por los servicios recibidos. Entiendo que yo tengo la responsabilidad financiera de todos los cargos ya sea que el seguro los pague o no, y de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Autorizo a Northcutt Dental a liberar la información requerida para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en toda reclamación a los seguros.

Firma del Paciente (Parte Responsable)

Fecha

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Doctor: _____

Fecha de la Última Visita: _____

El menor está recibiendo algún tratamiento médico? ☐ SI ☐ NO

Para que? _____

Marque "SI" o "NO" en cada una de las siguientes:

¿Está recibiendo algún tratamiento médico? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? _____

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad u operación seria? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? _____

MEDICAMENTOS:

Liste cualquier medicamento que esté tomando actualmente y porque:

Medicamento:

Razón de Uso:

Marque alergias conocidas:

Ninguna ☐ Anestésicos locales ☐

Aspirina ☐ Penicilina ☐

Codeína ☐ Otro: _____ ☐

Látex ☐

¿El menor tiene algun otro problema medico que usted crea que debemos saber? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? _____

Marque "SI" o "NO" en cada una de las siguientes:

Anemia/Hemofilia ☐ SI ☐ NO

Asma ☐ SI ☐ NO

Enfermedad de la Sangre ☐ SI ☐ NO

Cáncer (tipo: _____) ☐ SI ☐ NO

Diabetes: Tipo I o Tipo II ☐ SI ☐ NO

Epilepsia o Convulsiones ☐ SI ☐ NO

Herida en la Cabeza ☐ SI ☐ NO

Problemas del Corazón ☐ SI ☐ NO

Enfermedad del Riñón ☐ SI ☐ NO

Enfermedad del Hígado ☐ SI ☐ NO

Tuberculosis ☐ SI ☐ NO

Desórdenes Mentales ☐ SI ☐ NO

Enfermedad Respiratoria ☐ SI ☐ NO

ASIGNACION Y LIBERACION

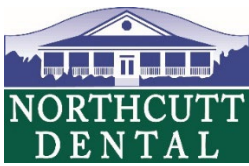
Doy permiso a Northcutt Dental y su equipo clínico de tomar cualquier radiografía necesaria, modelos de estudio, y fotografías para dar un diagnóstico completo de mis necesidades dentales.

Entiendo que con ("HIPAA") Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, tengo ciertos derechos de privacidad en cuanto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o tenido la oportunidad de recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Por la presente certifico que he leído y entiendo la información anterior y que es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta y/o inexacta tiene el potencial de poner en peligro a mi salud.

Firma del Paciente (Parte Responsable)

Fecha



POLIZA FINANCIERA

La siguiente es una declaración de nuestra Póliza Financiera y la Póliza de Cancelación y Citas Perdidas, la cuales requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Por favor lea cuidadosamente.

TODO COPAGO, DEDUCIBLE, Y LAS PORCIONES ESTIMADAS DEL PACIENTE DEL SEGURO SE DEBEN EN LA FECHA EN QUE SE REALIZA EL TRATAMIENTO. Aceptamos efectivo o Visa/ MasterCard/ American Express/ Discover. Ofrecemos un plan de pago extendido con aprobación de crédito.

CON RESPECTO AL SEGURO: Nos complace aceptar la asignación de beneficios de su compañía de seguro. Como cortesía hacia usted, archivarémos su seguro, lo ayudaremos a maximizar sus beneficios y calcularemos tanto su cobertura del seguro como su porción. Su porción estimada se debe por adelantado (antes del tratamiento) en la fecha del servicio. En caso de que su seguro se niegue a cumplir con la asignación de beneficios, se le puede pedir que pague los cargos en su totalidad y que su compañía de seguro lo reembolse. **Los cargos son responsabilidad del paciente ya sea que la compañía de seguro pague o no.** Si la compañía de seguro no ha pagado el saldo a los 45 días, los cargos se convierten en la responsabilidad del paciente. En caso de que Northcutt Dental tenga que cubrir cualquier cargo (agencia de colección, costo de la corte, etc.) para cobrar algún cargo de porción de pago, seguro, u otro, estos cargos se convertirán en la responsabilidad del paciente automáticamente. Por favor este consiente que algunos y quizá todos los servicios proporcionados puedan ser no cubiertos o no considerados razonables o necesarios bajo algunas pólizas de seguro.

CITAS PERDIDAS: Se cobrará una tarifa de \$50.00 por cancelación tardía o por no presentarse a los pacientes que no nos llamen con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar citas que no requieren depósito.

DEPÓSITOS: Se requiere un depósito para la mayoría de las citas y se aplicará al costo de su tratamiento. Sin embargo, no es reembolsable y se perderá si la cita se cancela, se reprograma o si usted cambia el(los) procedimiento(s) programado(s) sin al menos 24 horas de anticipación.

Requisitos de Depósito:

- Citas de más de \$1,000: 10% del costo total de la cita
- Citas de menos de \$1,000: \$50–\$100

Si se ha realizado un depósito, no se aplicará la tarifa estándar de \$50 por cita perdida; en su lugar, se pierde el depósito como penalización.

CARGO POR CHEQUE DEVUELTO DE PAGOS POR CORREO POSTAL: Cualquier cheque devuelto incurrirá en una tarifa NSF (Fondos Insuficientes) de \$ 50.00.

PAGOS POR SERVICIO: Su porción estimada se debe por adelantado (antes del tratamiento) en la fecha del servicio.

PAGOS CON TARJETA DE CRÉDITO: Tenemos un descuento en efectivo/débito del 3.0% integrado en todos los precios. Se aplicará un recargo del 3.0% a cada transacción con tarjeta de crédito, que no es mayor que nuestro costo de aceptación.

PACIENTES MENORES: El adulto acompañando al menor es responsable de ver que el pago se realice en su totalidad. Menores no acompañados, tratamiento no urgente serán negados a menos que se hayan hecho arreglos previamente de pagos en efectivo, tarjeta de crédito o algún plan de crédito aprobado previamente.

ACUERDO A PAGAR LOS RECARGOS DE AGENCIAS DE COLECCION AGREGADO A SU CUENTA: Yo, el abajo firmante, acepto la tarifa cargada como una deuda legal y legítima y acepto pagar dicho cargo, incluyendo cualquier/toda tarifa de la agencia de colección, (33.33%), honorarios de abogados y/o costo de la corte, si fueran necesarios. Renuncio ahora y para siempre a mi derecho de exención bajo las leyes de la constitución del estado de Alabama y cualquier otro estado.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR AL PACIENTE POR CELULAR O CORREO ELECTRONICO: Usted acepta, para que podamos servir su cuenta o para cobrar el dinero que deba, Northcutt Dental y/o nuestros agentes puedan contactarlo por teléfono a cualquier número telefónico asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfono inalámbrico que podrían resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted mediante envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted nos haya proporcionado. Métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/ mensajes de voz artificiales y/o el uso del dispositivo de marcación automática, según corresponda.

POLIZA DE LLEGADA TARDÍA: Para garantizar un servicio oportuno para todos nuestros pacientes, le solicitamos amablemente que llegue a tiempo a si cita programada. Ofrecemos un periodo de gracia de 10 minutos; si llega más tarde de esta hora, es posible que se tenga que reprogramar su cita.

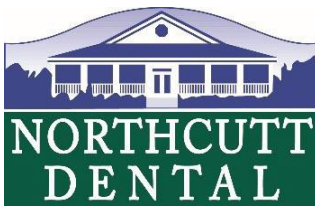
CANCELACIONES TARDÍAS Y AUSENCIAS INJUSTIFICADAS: Se considera una cancelación tardía cuando un paciente no cancela su cita programada con al menos 24 horas de anticipación. Una "ausencia injustificada" es cuando alguien no se presenta a su cita sin cancelarla de forma adecuada.

- Primera cancelación tardía o ausencia: Se ofrece una reprogramación de cortesía por única vez para citas que no requieren depósito. En citas que requieren depósito, este se perderá si no se da el aviso adecuado.
- Segunda cancelación tardía o ausencia: En citas con depósito, el depósito se perderá. En citas sin depósito, se cobrará una tarifa de \$50.00, la cual debe pagarse antes de programar futuras citas.
- Tercera cancelación tardía o ausencia: Baja del paciente de la clínica.

Al firmar a continuación, acepto que he leído, comprendido y concuerdo con esta Póliza Financiera y de Cancelación y Citas Perdidas anteriores. Por favor háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud sobre estas Pólizas. Esperamos poder atender sus necesidades dentales.

Firma del Paciente (Parte Responsable)

Fecha



Autorización para la Divulgación de Información

Según los requisitos de HIPPA, no podemos dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente.

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de su familia, como su esposo/a, padres, u otros que llamen y soliciten información dental o de facturación. Según los requisitos de HIPPA, no podemos dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información dental o de facturación se divulgue a los miembros de su familia, debe firmar esta forma. Firmando esta forma solo brindara información a los miembros de familia que se indican a continuación.

Autorizo a **Northcutt Dental Practice** a divulgar mi información dental y/o de facturación a las siguientes personas:

1. Relación con el Paciente: _____

2. Relación con el Paciente: _____

3. Relación con el Paciente: _____

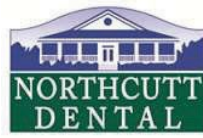
_____ Elijo no divulgar mi PHI a nadie en este momento.
Iniciales

Información del Paciente

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará. Entiendo que la información divulgada a cualquiera de los destinatarios anteriores ya no está protegida por las leyes federales o estatales y puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario anterior. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito.

Firma del Paciente (Parte Responsable)

Fecha



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Northcutt Dental Practice, el cual tiene una fecha de vigencia del 01/01/2018, y describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud.

Entiendo que tiene el derecho a cambiar el Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, que se me proporcionará una copia de cualquier versión actualizada y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para solicitar un Aviso de prácticas de privacidad actual.

Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad:

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Nombre completo

Relación con el paciente (si no está firmada por el paciente)

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarlos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarlos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarlos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
 - Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
 - Incluyamos su información en un directorio hospitalario.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.