GATEWAYDENTAL
YOUR GATEWAY TO A HEALTHIER SMILE

FAMILY DENTISTRY - IMPLANT DENTISTRY - COSMETIC DENTISTRY

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

☐ Masculino ☐ Femenino Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
☐ Soltero ☐ Casado

Dirección: _____
Calle Apt.

_____
Ciudad Estado Zona Postal

Correo electrónico _____

Teléfono (Casa): _____ Trabajo: _____ Ext.: _____ Celular _____

Referido

¿A quien debemos agradecer su referido?

_____

Información del Seguro

Nombre del Seguro: _____

Nombre del Asegurado: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Seguro Social del Asegurado _____

Relación del paciente con el asegurado: ☐ El mismo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro _____

Historial Medico

Fecha de su última visita dental: _____

Por favor seleccione todas las que le apliquen:

- ☐ Sida/ HIV
- ☐ Alergias _____ _____
- ☐ Anemia
- ☐ Artritis
- ☐ Articulaciones Prosteticas
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedades de la sangre
- ☐ Cancer
- ☐ Diabetes
- ☐ Mareos
- ☐ Epilepsia
- ☐ Sangramiento anormal
- ☐ Fatiga o desmayo
- ☐ Glaucoma
- ☐ Hepatitis
- ☐ Fiebre Reumatica
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Enfermedades del corazon
- ☐ Prolapso de la valvula mitral
- ☐ Presión Alta
- ☐ Presión Baja
- ☐ Bilirubina
- ☐ Enfermedades del riñon
- ☐ Enfermedades del higado
- ☐ Enfermedades de trastornos mentales
- ☐ Enfermedades de los nervios
- ☐ Marcapaso
- ☐ Tratamiento de radiación
- ☐ Problemas Respiratorios
- ☐ Ataque del corazón
- ☐ Reumatismo
- ☐ Sinusitis
- ☐ Problemas Estomacales
- ☐ Angina
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tumores
- ☐ Ulceras
- ☐ Enfermedades venereas
- ☐ Alergia a la codeina
- ☐ Alergia a la penicilina

Otros:

- ☐ _____
- ☐ _____

- ¿Esta usted bajo algún medicamento? ☐ Si ☐ No
  Si contesto si, por favor explique: _____
- ¿Tiene alergia a algún medicamento? ☐ Si ☐ No
  Si contesto si, por favor explique: _____
- ¿ Ha tenido alguna operación? ☐ Si ☐ No
  Si contesto si, por favor explique: _____
- ¿Padece de alguna otra condición médica no mencionada en la lista? ☐ Si ☐ No
  Si contesto si, por favor explique: _____
- (Mujeres):
  - ¿Está embarazada? ☐ Si ☐ No
  - ¿Está lactando? ☐ Si ☐ No
  - ¿Usa pastillas anticonceptivas? ☐ Si ☐ No

Consentimiento de Servicios

La responsabilidad financiera del paciente es determinada antes del tratamiento, por lo tanto como requisito para recibir servicios en Gateway Dental le pedimos a nuestros pacientes que todos los arreglos financieros sean planificados previamente.

En Gateway Dental ayudamos a los pacientes con seguro dental a recibir el máximo de sus beneficios. En caso de que su seguro no cubra su tratamiento, el paciente entiende que el o ella es responsable de pagar.

Yo autorizo a Gateway Dental a brindar la información requerida para garantizar los beneficios de pago del seguro. Yo autorizo el uso de esta firma para los trámites necesarios del seguro dental.

_____

Firma Fecha

GATEWAYDENTAL
YOUR GATEWAY TO A HEALTHIER SMILE

FAMILY DENTISTRY - IMPLANT DENTISTRY - COSMETIC DENTISTRY

POLIZA FINANCIERA

Bienvenido! Gracias por seleccionar *Gateway Dental* como sus probadores dentales del cuidado médico. Nuestra meta es proveer a usted y su familia cuidado dental óptimo. Quisiéramos que usted se sintiera agradable y cómodo como sea posible a través de nuestra relación. Le animamos a que haga preguntas y esté implicado en decisiones del tratamiento. Esto incluye entender su plan de tratamiento así como nuestra póliza financiera.

ACUERDO FINANCIERO:
Se espera que los pacientes paguen nuestros servicios cuando los rinden. Se espera que nuestros pacientes que tienen seguro dental paguen la cantidad de su estimado co-pago y deducible a la hora de servicio. Los pagos pueden ser hechos usando efectivo, cheque, visa, Mastercard o Discover. También ofrecemos CARECREDIT y SPRINGSTONE, que son las opciones del financiamiento que están disponibles solamente para los costos de salud. Enviaremos estado de cuentas mensuales a todos los pacientes con un balance. (Habrá un costo para cualquier procedimiento adicional no incluido en el plan original del tratamiento.)

Término opcional del pago:
1. Descuento de efectivo completo: Ofrecemos una cortesía de descuento del 5% para todos los servicios que sobrepasen de $500 y sean pagado por completo antes del comienzo de los servicios.
2. Descuento completo para tarjetas: Aceptamos el pago completo o parcial de Visa, Mastercard o Discover. Si usted elige pagar por adelantado para los servicios sobre tarjeta de crédito que exceden $500, podemos ampliar un préstamo de término de cortesía del 3% (lo sentimos pero este descuento no se aplica para la tarjeta de Discover)
3. Término de Préstamo: Por arreglos de pago con CARECREDIT o SPRINGSTONE podemos ofrecer a pacientes sobre la aprobación, un préstamo de término libre de intereses sin pagos adelantados, ni pagos anuales y sin penalidad por pre-pago.

Citas:
Para servirle mejor y bajar el costo de cuidado dental, intentamos mantener un sistema eficiente de la cita. Sin embargo, nuestro costo de proporcionar cuidado aumenta grandemente cuando fallan a la citas o cancelan a última hora. Requerimos por lo menos 24 horas para cancelar su cita. Después de 3 citas falladas o canceladas nosotros los ponemos en una lista corta de llamadas, quiere decir que nosotros le telefonearán cuando una cita llega a estar disponible en aviso corto. Esto le da la oportunidad de saber si su horario ocupado tiene una abertura para una cita dental dentro de las horas próximas.

Información del seguro: Como cortesía a nuestros pacientes asegurados, sometemos reclamos a su compañía de seguro gratuitamente. Le ayudaremos a recibir los beneficios máximos permitidas. Para hacer esto necesitamos su tarjeta del seguro y/o la póliza de seguro con usted en su primera visita de cada año (su año del seguro puede no funcionar de Enero-Diciembre). **Todo de nuestros doctores diagnosticará el tratamiento basado en su salud dental no su cobertura de seguro dental.** Usted debe realizar qué: El seguro dental no es realmente (un pago para cubrir el coste de una pérdida) en todos. Es realmente una ventaja de dinero, proporcionada típicamente por el empleador, para ayudar a sus empleados a pagar servicios dentales rutinarios. El empleador compra generalmente un plan basado en la cantidad de beneficios y cuánto el premio cuesta por mes. La mayoría de los planes están diseñados solamente para cubrir una porción del costo total del tratamiento dental necesario de una persona. Por ejemplo, un dentista puede recomendar una corona para un diente que tenga decaimiento extenso, sin embargo, el plan dental puede cubrir solamente el costo de un relleno. Esto no significa que el paciente no necesita una corona, sólo que los beneficios se limita a un relleno.

Si su seguro no ha pagado en el plazo de 90 días de servicios rendidos, usted necesitará hacer el pago completo a esta oficina y reembolsó cuando su compañía de seguro page. Después de 90 días el paciente es responsable de perseguir el pago a la compañía de seguro. Toda la documentación actual será proporcionada por correo para asistir a sus investigaciones. **El asegurado tiene una capacidad mejor de tratar con la compañía de seguro y el empleador es responsables por la póliza.**

Indique por favor su comprensión y aceptación de estas pólizas financieras firmando abajo. Para la conveniencia mutua de usted y de la práctica, se entiende que esta copia ejecutada de la póliza financiera también cubrirá a sus niños dependientes que son pacientes de la práctica.

Nombre del paciente (por favor impresión): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

GATEWAYDENTAL
YOUR GATEWAY TO A HEALTHIER SMILE
FAMILY DENTISTRY - IMPLANT DENTISTRY - COSMETIC DENTISTRY

Aviso de Prácticas de Privacidad

* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento *

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

Por favor escriba Nombre:_____

Firma: _____

Fecha: _____

Sólo Para Uso De Oficina

Se intentó obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a que:

- individual se negó a firmar
- barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (Por favor especifique)

_____

_____

_____