

Apple Dental

Ahmed R. Megally Dental Corp.

Políticas de la Oficina & Aviso de Prácticas de Privacidad

1. Las citas canceladas **REQUIEREN** un **aviso previo de 24 HORAS**.
2. La primera cita perdida resultará en un cargo de \$50 a su cuenta. Esto no es facturable a su seguro.
3. La **TERCERA** vez que falte a una cita sin previo aviso resultará en su expulsión de nuestro consultorio. **SÓLO SE PERMITIRÁ FALTAR O REPROGRAMAR UNA CITA DE TRATAMIENTO HASTA DOS VECES.**
4. Las citas no confirmadas pueden llevar a la cancelación de la cita.
5. Si cambia de dirección, número de teléfono o datos de su seguro, notifíquenos **INMEDIATAMENTE** para que podamos actualizar la información en su archivo. Si no disponemos de la información correcta, **USTED** podrá ser responsable del pago total de la cuenta, independientemente de la cobertura del seguro.
6. Cualquier número de teléfono, correo electrónico o dirección proporcionados por el paciente, padre o tutor, se utilizarán para contactar al paciente de cualquier forma necesaria.
7. Por favor lea y revise cuidadosamente su estado de cuenta mensual. Si no recibe sus estados de cuenta antes del día 15 de cada mes, llame a nuestro consultorio. No se emitirán reembolsos ni créditos por 90 días de tratamiento pendientes o completados.
8. **EL PAGO DEBE REALIZARSE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.** Los métodos de pago disponibles son Visa, MasterCard, efectivo, cheques personales y American Express. Cobramos una tarifa de procesamiento del 4% en todas las transacciones con tarjeta de débito o crédito. Si usted tiene seguro dental, facturaremos a su aseguradora. Si por alguna razón su seguro niega el pago, usted será responsable del balance. Si su seguro cubre solo una parte, el resto será exigible en el momento del servicio.
9. Una cita perdida que no sea cancelada con un aviso de 24 horas incurrirá en un cargo de \$25 y nos reservamos el derecho de dar de baja a los pacientes que falten a más de dos citas. Las citas perdidas de más de 60 días se consideran inactivas y pueden resultar en la remisión de la cuenta a una agencia de cobranzas y, posiblemente, en la presentación de una demanda para recuperar cualquier monto adeudado. Usted acepta pagar una tarifa de cobranza y un recargo por intereses a una tasa anual del 10% sobre cualquier saldo pendiente, comenzando 30 días después de la fecha inicial del servicio. Si se requiere acción legal, usted acepta pagar todos los honorarios razonables de abogados y costos judiciales, además de cualquier saldo pendiente, tarifas de cobranza e intereses.
10. El tenedor de este contrato de deuda médica tiene prohibido, conforme a la Sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito del consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona viola deliberadamente esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito del consumidor, la deuda quedará nula e inexigible.
11. Nos reservamos el derecho de negarnos a prestar servicio a cualquiera, pero no discriminaremos por motivos de género o raza. **El uso de lenguaje o comportamiento inapropiado resultará en la expulsión de nuestro consultorio.**
12. He visto el Aviso de Prácticas de Privacidad, y a solicitud podemos entregarle una copia. He visto la Hoja informativa sobre materiales dentales. Entiendo y acepto que hay cámaras de seguridad en las instalaciones por motivos de seguridad y legales. Tengo conocimiento de que Ahmed R. Megally Dental Corp facturará a mi seguro y recibirá el pago.

He leído lo anterior y acepto cumplir con las políticas establecidas por este consultorio.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha



BIENVENIDO A APPLE DENTAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Domicilio _____ Cd: _____ Estado: _____ Zona Postal _____

¿Cómo quiere que lo contactemos?

Numero de casa: _____ Numero de Celular _____

Correo electrónico _____

Menor Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Pareja de largo tiempo Género: Masculino Femenino

Nombre de Empleador _____ # de Teléfono _____

Nombre de Cónyuge _____ # de Teléfono _____

¿Estudiante? Si NO Nombre de Escuela: _____

Contacto de Emergencia _____ Número de Teléfono _____

¿Cómo se informó de nuestra oficina? _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD FAVOR DE LLENAR ESTA SECCION

Madre/Guardián _____

Padre/Guardián _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Nacimiento _____

Celular/Casa _____

de Celular/Casa _____

Empleador _____

Empleador _____

de Empleador _____

de Empleador _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA

Nombre del asegurado _____ Relación del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ # de SS o ID _____

Compañía de Seguro _____ # De Grupo _____ # de Póliza _____

INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA (SI ES APLICABLE)

Nombre del asegurado _____ Relación del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ # de SS o ID _____

Compañía de Seguro _____ # De Grupo _____ # de Póliza _____

Yo autorizo el pago de las prestaciones del seguro directamente a Apple Dental si no pagaderas a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales o pagador de mis beneficios dentales pueden pagar menos de la cuenta real para servicios provistos. Entiendo que soy responsable por el pago íntegro de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, puedo revocar todos los acuerdos anteriores al contrario y comprometerme a ser el/la responsable de los pagos de los servicios no remunerados, en todo o en parte por mi atención odontológica.

Firma del Paciente/Padres/Guardián _____ Fecha _____

Nombre: _____

Dentista Previo: _____

HISTORIAL MEDICO MARQUE SI O NO

Alergias (Temporal).....	SI	NO
Anemia.....	SI	NO
Artritis.....	SI	NO
Asma.....	SI	NO
Cáncer.....	SI	NO
Marcapasos Cardíaco.....	SI	NO
Quimioterapia.....	SI	NO
Diabetes.....	SI	NO
Enfisema.....	SI	NO
Epilepsia/Ataques.....	SI	NO
Desmayos.....	SI	NO
Glaucoma.....	SI	NO
Colesterol Alto.....	SI	NO
Ataque al Corazón.....	SI	NO
Problemas del Corazón.....	SI	NO
Soplo Cardíaco.....	SI	NO
Hemofilia.....	SI	NO
Hepatitis A,B,C (otro)	SI	NO
Alta Presión Sanguínea.....	SI	NO
Sida/VIH Positivo.....	SI	NO

Coyunturas Artificiales.....	SI	NO
Enfermedad del riñón.....	SI	NO
Enfermedad del hígado.....	SI	NO
Baja Presión Sanguínea.....	SI	NO
Válvula cardíaca artificial.....	SI	NO
Osteoporosis.....	SI	NO
Problemas Siquiátrico.....	SI	NO
Radioterapia.....	SI	NO
Problema Respiratorio.....	SI	NO
Fiebre Reumática.....	SI	NO
Convulsiones.....	SI	NO
Síngles.....	SI	NO
Enfermedad de cicle cel.	SI	NO
Problema estomacal/Ulceras.....	SI	NO
Ataque al Corazón.....	SI	NO
Tiroides.....	SI	NO
Tuberculosis.....	SI	NO
ADHD/Autismo.....	SI	NO
Herpes.....	SI	NO
Otras Condiciones no listadas: _____		

1. ¿Esta bajo cuidado médico?SI NO

2. ¿Ha sido Hospitalizado.....SI NO
En los últimos 5 años a causa de
enfermedad o cirugías? SI Explicar _____

3. ¿Está tomando Medicamento(s)?.....SI NO
Incluyendo medicamento no recetado
Si esta tomando favor de anotarlos _____

4. Alguna vez a tomado Fen- Phen/ Redux?SI NO

5. Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva,
Actonel o medicamento para el cancer que
Contenga Bisphosphonates?SI NO

6. ¿Su médico alguna vez le recomendó
**Tomar Antibiótico antes de recibir
tratamiento dental?**.....SI NO

7. ¿Es alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquier medicamento o sustancia de las siguientes?

Anestesia Local (ejemplo: Novocaína).....	SI	NO
Metales (ej. Nícle, mercurio, joyas).....	SI	NO
Látex (gaucho/goma).....	SI	NO
Codeína.....	SI	NO
Aspirina.....	SI	NO
Eritromicina.....	SI	NO
Solfa.....	SI	NO
¿Penicilina u otro antibiótico?.....	SI	NO

Favor de anotarlo _____

8. ¿Uso de Tabaco?SI NO

9. Uso de drogas o alcohol
En el presente o pasado?.....SI NO

10. ¿Uso de sustancias controladas?
(ej. morfina, Vi codín, etc.)SI NO

11. MUJER SOLAMENTE:

¿Está embarazada?.....SI NO

¿Está dando Pecho ?.....SI NO

¿Control de Natalidad?.....SI NO

Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud o en mi medicamento yo informare a mi dentista lo más pronto posible.

El cuestionario arriba sobre mi salud está completo y correcto con lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo y doy mi consentimiento para obtener servicios dentales acordados entre el doctor y el paciente de ser necesarios y recomendados, incluyendo el uso de anestesia local y otros medicamentos indicados. Estoy de acuerdo que soy responsable por el costo de servicios obtenidos y cargos de finanzas. El 1% serán cargados a mi cuenta de atraso en el pago de sesenta días. Independientemente de lo que mi seguro dental pagara.

Firma del Paciente/Padres/Guardián _____ **Fecha** _____