

VALLEY ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

NOMBRE DEL PACIENTE:	CÍRCULE UNO: SOLTERO/A VIUDO/A CASADO/A DIVORCIADO/A	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	HOMBRE MUJER	TELÉFONO MOVIL: TELÉFONO ALTERNATIVO:
DIRECCIÓN DE ENVÍO:	ESTADO DE LA CIUDAD:			CÓDIGO POSTAL:	
EMPLEADOR:	OCUPACIÓN:			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:	NÚMERO DE TELÉFONO:			RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE:	
NOMBRE DEL DOCTOR FAMILIAR:	NOMBRE DEL DENTISTA:			REFERIDO POR:	
¿ESTÁ LA CONDICIÓN RELACIONADA CON UN ACCIDENTE? SÍ / NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:		FECHA DEL ACCIDENTE:		RAZÓN DE VISITA:	
POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	SI	NO	¿ESTÁ USANDO O TOMANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?	SI	NO
¿Estás bien de salud?			Bifosfonatos?		
¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?			¿Medicamentos para la depresión / ansiedad?		
¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?			¿Antibióticos o drogas sulfa?		
¿Está AHORA bajo la atención de un médico para un problema en particular?			Anticoagulantes?		
¿Has sido hospitalizado?			Medicina para la presión arterial alta?		
¿Alguna vez ha tenido anestesia IV o general?			Esteroides?		
¿Ha tenido algún efecto adverso para el tratamiento dental?			¿Medicamentos / inyecciones para la osteoporosis?		
¿TIENE O HA TENIDO:			¿Insulina, diabetes o drogas similares?		
¿Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática?			¿Digitales, inderal, nitroglicerina, bloqueadores de los canales de calcio, procardia?		
¿Cardiopatía?			Marihuana u otras "drogas callejeras"		
Enfermedad pulmonar, EPOC, asma, tuberculosis			Antihistamínicos o descongestionantes?		
¿Convulsiones, epilepsia, desmayos, mareos?			Aspirina, Ibuprofeno, Motrin, Naprosyn, etc.		
Trastorno hemorrágico, anemia, transfusión de sangre, ¿tiene moretones fácilmente?			¿Es usted ALÉRGICO o TUVO MALA reacción a:		
¿Enfermedad del hígado?			Anestesia local		
¿Nefropatía?			¿Penicilina, amoxicilina u otros antibióticos?		
¿Diabetes?			¿Barbitúricos, sedantes, etc.?		
¿Enfermedad de tiroides? (coto)			¿Aspirina o ibuprofeno?		
¿Artritis? ¿Osteoporosis?			¿Codeína u otros analgésicos?		
¿Úlceras estomacales o colitis?			Productos de látex o caucho?		
¿Llagas en la boca, frecuentes o recurrentes?			Otras alergias o reacciones?		
¿Implantes colocados en cualquier parte de su cuerpo?			¿Usas alcohol?		
¿Tratamiento de radiación (rayos X) para el cáncer?			¿Fumas o masticas tabaco?		
Al hacer clic o estallar la articulación de la mandíbula? ¿Molienda?					
¿Problemas sinusales o nasales?			¿Hay antecedentes de dependencia del alcohol o de sustancias químicas o trastornos emocionales que puedan afectar la atención que brindamos?		
VIH, SIDA, ARC?			¿Tiene alguna otra enfermedad, condición no mencionada anteriormente que cree que el médico debe saber?		

Solo para mujeres: si está usando anticonceptivos orales, es importante que comprenda que los antibióticos y otros medicamentos pueden interferir con la efectividad de los anticonceptivos. Por lo tanto, deberá utilizar métodos mecánicos de control de la natalidad. Consulte con su médico para obtener más orientación. Si está embarazada, posiblemente embarazada o tratando de quedar embarazada, los anestésicos o cualquier medicamento pueden dañar significativamente a su bebé en desarrollo. Informe a su médico si existe la posibilidad de que esté embarazada.

**ENTIENDO LA IMPORTANCIA DE UNA VERDADERA HISTORIA DE SALUD PARA ASISTIR AL MÉDICO A PROPORCIONAR LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE
ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN NECESITA SER ACTUALIZADA CADA AÑO**

Firma del paciente (padre o tutor legal)	FECHA:	Firma del Doctor	Fecha:
--	--------	------------------	--------

POR FAVOR LEER

**Gary M Schwarz, DDS, MSD, PA
dba Valley Oral Maxillofacial Surgery**

POLÍTICA DE OFICINA RELATIVA A HONORARIOS PROFESIONALES Y SEGUROS

El médico y el personal de Valley Oral and Maxillofacial Surgery están comprometidos a proporcionar un óptimo atención médica para usted y su familia. Tenemos las siguientes opciones de pago disponibles para usted:

- * Efectivo / cheque personal (hay una tarifa NSF de \$40 para todos los cheques devueltos)
- * Care Credit
- * Tarjeta de crédito (Visa, Master Card, Discover y American Express)
- ***Habra una tarifa de procesamiento del 3% para todas las tarjetas de credito.**
- * **Seguro:** en la visita **inicial** a nuestra oficina, su tarjeta de seguro y numero de seguro social se **DEBE** proporcionar. Si su Seguro y Numero de Seguro Social no se proporcionan, se lo considerará pago privado y será responsable de todos los servicios. **Valley Oral NO está contratado (en la red) con ningún Seguro Médico. NO verificaremos los beneficios con ningún Seguro Médico.**
Debido a que algunos seguros dentales requieren una coordinación de beneficios con su Seguro Medico es muy importante que brinde informacion de seguro Médico y Dental de lo contrario se le considerará pago privado.
Como cortesía, verificaremos y presentaremos un reclamo a su Seguro Dental Primario. Si su Seguro Médico es **PRIMARIO**, recopilaremos el tratamiento en completo y presentaremos un reclamo. Es responsabilidad del miembro comunicarse con su **compania de seguros para verificar si existen beneficios fuera de la red.**
También tiene la opción de que le enviemos una determinación dental previa antes de que se presente cualquier servicio.

Una vez que se haya verificado el seguro con su Seguro Dental Primario, se le dará un **PRESUPUESTO** de su gasto de bolsillo antes de la cirugía. (Una **Estimación NO** es un garantía de pago. Si por algún motivo el pago recibido del seguro es inferior a la estimación que se le facturará y se le pedirá que pague el saldo. Si el **pago del seguro es mayor al estimado**, recibirá un **reembolso** dentro de los 30 días).

Su Parte Estimada se recogerá antes del tratamiento.

Nosotros NO hacemos financiamiento en la oficina

Los estados de cuenta mensuales se envían a todos los pacientes con un saldo de cuenta. Un cargo financiero del 1.5% se aplica a todos los saldos de cuentas de 90 días o más. **Las cuentas están sujetas a ser convertidas en cobros si se demoran más de 90 días.**

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Nombre de Seguro:	# de identificacion:	# de Grupo:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de telefono: _____			
Asegurado:	Numero de Seguro Social:	DOB:	
Direccion de envio del Asegurado:	Ciudad:	Estado:	
Relacion del Asegurado al Paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro			
Yo autorizo y ordeno a mi compañía de seguro que pague a Gary M. Schwarz, DDS, MSD, PA dba. Valley Oral & Maxillofacial Surgery			
(Firma) (Circule uno) (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro)		Fecha	

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de Seguro:	# de identificacion:	# de Grupo:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de telefono: _____			
Asegurado:	Numero de Seguro Social:	DOB:	
Direccion de envio del Asegurado:	Ciudad:	Estado:	
Relacion del Asegurado al Paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro			
Yo autorizo y ordeno a mi compañía de seguro que pague a Gary M. Schwarz, DDS, MSD, PA dba. Valley Oral & Maxillofacial Surgery			
(Firma) (Circule uno) (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro)		Fecha	

INFORMACION DEL RESPONSIBLE DE LA CUENTA (DEBE DE ESTAR PRESENTE)

Relacion al paciente: (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro)			
Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de Casa:	# de Celular:	# del Trabajo:	
En Caso de Emergencia:	Relacion:	# de telefono	
Empleador:	# de telefono laboral:		
Entiendo que la información que he proporcionado en este formulario es esencial. Entiendo que si ocurre algún cambio, yo me comunicare con la oficina de inmediato. Autorizo la divulgacion de cualquier informacion pertinente a la atencion del paciente a la compañía de seguros. Autorizo al medico a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros si es necesario. Yo he leído, respondido y entendido estas preguntas y la informacion es verdadera y correcta.			
(Firma) (Circule uno) (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro)		Fecha	

Valley Oral & Maxillofacial Surgery

Permission for Disclosure of Information

1.) IS THERE ANYONE TO WHOM YOU WOULD GIVE PERMISSION FOR US TO DISCLOSE YOUR ACCOUNT INFORMATION?

1.) *¿Hay alguien a quien le daría permiso para que podamos revelar su información de su cuenta?*

Name: _____ Relationship: _____

DOB: _____ Ph #: _____

Name: _____ Relationship: _____

DOB: _____ Ph#: _____

2.) IS THERE ANYONE TO WHOM YOU WOULD GIVE PERMISSION FOR US TO DISCLOSE YOUR DIAGNOSIS, THE PROGRESS OF YOUR SURGICAL PROCEDURE AND APPOINTMENTS?

2.) *¿Hay alguien a quien le da permiso para que nosotros podamos revelar su diagnóstico, el progreso de su procedimiento quirúrgico y las citas?*

Name: _____ Relationship: _____

DOB: _____ Ph #: _____

Name: _____ Relationship: _____

DOB: _____ Ph#: _____

_____ **I DO NOT WISH TO GIVE PERMISSION TO DISCLOSE MY INFORMATION TO ANYONE OTHER THAN MY INSURANCE COMPANY, REFERRING DENTIST OR PHYSICIAN.**

_____ *No deseo dar permiso para divulgar mi información a nadie más que mi compañía de seguros, el dentista refiriéndose o médico.*

Signature _____ Date _____

Spanish – Consent for Photography
Consentimiento de toma de fotografía

Valley OMS

Nobre del paciente: _____ **Fec. Nac.:** _____

Padre o tutor legal: _____

Doy mi consentimiento para que mi imagen (o la de mi hijo o persona de quien poseo la tutela) sea tomada por el personal de: _____ como es descrito a continuación.

Entiendo que mis fotos, videos, digitales y otras imágenes (o la de mi hijo o persona de quien poseo la tutela) pueden ser guardadas para documentar y ayudar con mi cuidado y pago de mi factura (o la de mi hijo o persona de quien poseo la tutela). Estas imágenes pueden ser usadas para ayudar con la educación de estudiantes y residentes dentro de la institución. Entiendo que Valley OMS tendrá en su propiedad estas imágenes, pero que tendré permitido el acceso a las mismas para verlas or para obtener copias de ellas a un costo razonable. Con excepción de fines de tratamiento, educación y pagos, las imágenes que me identifican (o la de mi hijo o persona de quien poseo la tutela) serán divulgadas y/o usadas fuera de la organización solamente bajo autorización por escrito de mi parte o del representante del paciente. Entiendo que esta información puede compartirse por texto (tenga en cuenta que este método no está encriptado) o por correo electrónico con el fin de continuar la atención con mi médico o médico de referencia que pueda (o un niño o una persona a quien le proporciono la tutela)) será referido por Valley OMS.

Si las imágenes son tomadas con cualquier propósito que no sea tratamiento, educación o pagos, la(s) intención(es) deben ser declaradas: _____

Puedo revocar or retirar mi consentimiento en cualquier momento. Dicho retiro de consentimiento debe ser hecho por escrito. El retirar mi consentimiento no afecta ninguna información que haya sido divulgada previamente al aviso de revocación por escrito.

Yo libero y exonero a Valley OMS, su staff y empleados de cualquier y todos los reclamos o causas de acción que pueda tener de cualquier naturaleza, los cuáles podrían en cualquier manera resultar del uso de la fotografía u otra imagen.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído y entiendo el formulario de "Consentimiento de toma de fotografía". Soy el paciente o tengo la autoridad de dar consentimiento en nombre del paciente. Mis preguntas relacionadas con este consentimiento han sido respondidas.

Firma del paciente o su representante

Fecha

Si es representante del paciente, su relación

Nombre impreso