

Día: ____ / ____ / ____

FORMULARIO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE → POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACION				
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:	Apellidos Anteriores:	
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si NO, ¿cuál es su nombre legal?	Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo (al Nacer): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de Casa:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono del Trabajo: ()	Teléfono Móvil: ()	
Dirección de Correo Electrónico:		Preferencia de contacto (Marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil Incluyendo <input type="checkbox"/> Llamadas <input type="checkbox"/> Textos		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión libre	Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Requiere Traductor <small>(Lenguaje de Señas requiere previo aviso)</small>	Raza (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico / blanco <input type="checkbox"/> No deseo infomar	Origen: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No deseo infomar	
Preferencia de Farmacia (con ubicación): _____		Contacto de Emergencia:		
		Número de teléfono del contacto de emergencia: ()		Parentesco:
Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado: si es así, marque una <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo - por cuenta propia <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		Ocupación/Empleador:		Status de Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo
PORQUE ESTA OFICINA ES UN CENTRO DE SALUD COMUNITARIO LA INFORMACIÓN EN ESTA SECCIÓN DEBE ESTAR DOCUMENTADA Y ACTUALIZADA ANUALMENTE:				
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bi-sexual <input type="checkbox"/> trans-sexual <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> eligo no revelar				
Identidad de género: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> bi-sexual <input type="checkbox"/> transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> genero queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> eligo no revelar				
¿Su Ayuda financiera esta actualizada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Se considera sin Hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Es usted trabajador migratorio/de temporada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Es usted un veterano de los servicios uniformados de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro				
Nombre de pagador (persona responsable del estado de cuenta):				
		Dirección postal del pagador:		
Número de teléfono del pagador: ()		Fecha de Nacimiento del pagador:	Numero de Seguro Social del pagador:	
INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL → POR FAVOR TENGA TARJETA DE SEGUROS (S) DISPONIBLE				
Compañía de Seguro primaria:		Número de póliza / identificación del miembro:	Numero de grupo:	
Nombre del titular en la póliza:	Numero de SS del titular en la póliza:	Fecha de nacimiento del titular en la póliza:	Relación con el paciente:	
Compañía de Seguro Secundaria:		Número de póliza / identificación del miembro:	Numero de Grupo:	
Nombre del titular en la póliza:	Numero de SS del titular en la póliza:	Fecha de nacimiento del titular en la póliza:	Relación con el paciente:	
<i>Si existen fuentes de seguro adicionales, notifique al Representante de Servicios al Paciente durante el registro.</i>				

¿Quién es su cuidador primario? Yo Mismo Si no es uno mismo, nombre del cuidador: _____

¿Es la persona mencionada su tutor legal? Si No

Dirección y número de teléfono del cuidador / tutor legal (si corresponde): Teléfono: _____
 Dirección: _____

¿Poder notarial o apoderado de atención médica en su lugar? Si No Si la respuesta es sí ¿se hizo una copia disponible? Si No

AUTORIZO A TANDEM HEALTH DENTAL PARA DISCUTIR MI INFORMACIÓN DENTAL / MÉDICA / FINANCIERA CON:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

POR FAVOR, ENUMERE CAULQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS DENTALES/MÉDICOS QUE VEA Y SU INFORMACIÓN DE CONTACTO

Especialidad (si existe): Nombre: Persona de contacto: Numero de Teléfono: Dirección:	Especialidad (si existe): Nombre: Persona de contacto: Numero de Teléfono: Dirección:
---	---

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE PARA TANDEM HEALTH SC:

Firma del Paciente o Tutor Legal **Dia**

SI SE REQUIERE ESPACIO ADICIONAL, CONTINÚE EN UNA HOJA ADICIONAL DEL PAPEL

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a la oficina, y autorizo el uso de este formulario en todas mis reclamaciones de seguro. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo no pagado Autorizo a Tandem Health Dental o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. También autorizo a Tandem Health Dental a divulgar y / o solicitar la divulgación de mi información dental / médica en relación con la información divulgada en este formulario.

Firma del Paciente o Tutor Legal **Dia**

Relación con el paciente si la firma no es la del paciente

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas basadas en ellas.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para que yo/mi hijo/a recibamos tratamiento dental que los proveedores de Tandem Health Dental consideren necesario. Estos procedimientos incluyen, pero no se limitan a; exámenes, radiografías, fotografías, profilaxis orales (limpiezas), tratamientos con flúor, selladores, restauraciones (amalgamas o rellenos compuestos y coronas) tratamientos periodontales (encías), tratamiento de Endodoncia (tratamiento del nervio), extracciones, uso de sedación consciente (óxido nitroso) / "Gas de la riza") y anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva un pequeño riesgo de hinchazón, moretones, reacciones alérgicas, cambios en la percepción del dolor o anestesia prolongada. Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea anulado o revocado.

Firma del Paciente o Tutor Legal **Dia**

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS POR UN PADRE O TUTOR LEGAL

Afirmo que soy el padre o tutor legal de los niños menores de edad nombrados anteriormente (menores de 18 años). Si no puedo acompañar a mi hijo, doy permiso a las personas nombradas a continuación para que acompañen a mi hijo/a a los tratamientos dentales:

Nombre: _____ Nombre: _____

Dado que mi hijo tiene 16 años de edad o más, también doy permiso para que él/ella reciba tratamiento cuando no esté acompañado por un adulto. Entiendo que no se realizará ningún tratamiento invasivo como extracciones o iniciación de terapias de endodoncia a menos que se me notifique por teléfono. En caso de una emergencia, cuando no puedo ser contactado, doy permiso para realizar cualquier terapia que el proveedor de considere necesaria.

Firma del Paciente o Tutor Legal **Dia**

Tandem Dental

Política de citas perdidas

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Valoramos a nuestros pacientes y el tiempo que dedican a recibir su atención dental con nosotros. La atención dental es un recurso escaso, y tenemos más pacientes que necesitan atención dental de lo que no tenemos espacio en nuestro programa diario para brindar. Cuando un paciente no se presenta para su cita o cancela demasiado cerca de su tiempo programado, no podemos llenar la cita con otro paciente que necesita desesperadamente cuidado dental. Esta política es nuestro intento de asegurar que tanto usted como nuestros otros pacientes reciban el cuidado dental que usted necesita.

Citas rotas: Los pacientes sólo se les permite tres citas perdidas en un año .

- Las citas perdidas son cada vez que tiene una cita programada y no se presenta a esa cita.
- Las cancelaciones tardías se consideran citas perdidas. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que nos llame por lo menos 24 horas antes de la hora de su cita.
- Llegadas tardías también se consideran citas perdidas. Si no llega dentro de 10 minutos después de la hora de inicio de su cita, puede ser reprogramado si no tenemos tiempo suficiente para completar su procedimiento.

Confirmación de cita: Le pedimos que utilice nuestro servicio de recordatorio de citas, "Well Messenger", para confirmar sus citas a través de texto o teléfono, o que usted llame a nuestra oficina el día antes de su cita para confirmar con nuestro personal.

Si por alguna razón, un paciente pierde su cita o se cancela tarde por tercera vez dentro de un año civil, no se le programará otra cita. Sin embargo, estos pacientes son bienvenidos a recibir atención médica sin cita previa. Los pacientes que han faltado a tres citas dentro de un año civil, pueden llamarnos por la mañana para una "cita en el mismo día" o pueden intentar ingresar como "pacientes sin cita ". Haremos todo lo posible para que nuestros pacientes sin cita entren en el programa, siempre y cuando no interfiera con el cuidado de los pacientes previamente programados . Por favor, comprenda que no hay garantía de que los pacientes "sin cita previa" sean atendidos en un día determinado y que tengan que volver a intentarlo otro día. Los pacientes sin cita previa también pueden experimentar tiempos de espera más prolongados que los pacientes programados.

Compromiso y reconocimiento del paciente: he leído y entiendo la "Política de citas perdidas" y haré de mis citas dentales una prioridad.

Firma del Paciente /Tutor

Fecha