



Información del paciente (persona que está siendo vista)

Nombre: _____ Apellido: _____
 Apodo : _____ Saludo : Señor . Señora . Sra . Dr . Otro : _____
 Dirección : _____ Ciudad , Estado , Codigo Postal: _____
 Teléfono (casa): _____ Teléfono (Celular): _____
 Email: _____

Fecha de nacimiento : _____ *SSN: _____ * **Requerido para contabilidad**

Genero : Masculino Femenino Estado civil : Casado Soltero Divorciado Viudo
 Fuente de referencia : Internet Seguro Envío Firmar Otro Compañero de trabajo _____
 Amigo (Nombre): _____ Familiar (Nombre) _____

Parte responsable financiera (padre o tutor presente en la visita inicial) >>>>> Saltar si es igual que arriba <<<<<

Nombre del garante: _____ Relación al paciente : Yo Esposa Niño Otro
 Abonado SSN: _____ Abonado Fecha de nacimiento : _____
 Abonado Empleador : _____ Seguro Nombre : _____
 Grupo / Política #: _____ Seguro Teléfono : _____
 Miembro ID: _____ Seguro Dirección : _____

Aviso al asegurado

Nuestra oficina realiza una verificación de elegibilidad y recibe un resumen de sus beneficios dentales. **Su responsabilidad de copago se ESTIMARA en base al resumen que recibimos.** Su resumen solo puede proporcionar información para procedimientos de rutina y no incluye todos los detalles de su plan, como limitaciones de frecuencia, cláusulas de beneficios alternativas o limitaciones. Es su responsabilidad comprender los detalles de su plan. Se espera su pago de SEGURO ESTIMADO en el momento del servicio. **Usted es responsable de cualquier saldo después de recibir el seguro.** Aunque la mayoría de las estimaciones son precisas para los procedimientos de rutina; En ocasiones, es posible que tenga un saldo restante después de recibir el seguro. Usted es responsable de todos los saldos restantes después del seguro. Nuestra oficina no es responsable de las determinaciones hechas por su plan de seguro dentro de nuestras obligaciones contractuales. Puede solicitar estimaciones previas al tratamiento para el tratamiento recomendado en cualquier momento. Sin embargo, esto puede causar un retraso en su atención, podría empeorar su condición y posiblemente modificar el tratamiento recomendado. Los presupuestos previos al tratamiento no son garantía de pago.

Información del seguro dental primario

Nombre del suscriptor : _____ Relación al paciente : Yo Esposa Niño Otro
 Abonado SSN: _____ Abonado Fecha de nacimiento : _____
 Abonado Empleador : _____ Seguro Nombre : _____
 Grupo / Política #: _____ Seguro Teléfono : _____
 Miembro ID: _____ Seguro Dirección : _____



Historial médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

¿Fecha de la última visita dental? _____ ¿Propósito de la visita? _____

¿Tiene alguna de las siguientes alergias? [] Amoxicilina [] Penicilina [] Latex

Mencione cualquier otra alergia : _____

¿Estás embarazada? [] Sí [] No (Si es así, ¿cuántos meses?) _____

¿Consumes o usa algún tipo de producto que contenga tabaco? Si, la respuesta es sí qué tan frecuente? _____

¿Usa o consume alguna droga recreacional? Si, favor de especificar? _____

Consumes alcohol? Si consumes, con cuánta frecuencia? _____

Enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente: _____

¿Está bajo el cuidado de un médico? [] Si [] No (Si es así, ¿cuál es el nombre del médico?) _____

¿Le han dicho que necesita una pre medicación antes del tratamiento dental? [] Sí [] No

Please check all that apply below:

SIDA/VIH	Desmayo	Desórdenes mentales	Tuberculosis
Anemia	Crecimientos	Marcapasos	Úlceras
Protesis Artificiales	Lesiones de Cabeza	Embarazo	Enfermedad venérea
Asma	Enfermedad cardíaca	Tratamiento de radiación	Reemplazo de la articulación
Enfermedades sanguíneas	Soplo Cardíaco	Problemas respiratorios	Cirugía cardíaca
Cáncer	Hepatitis	Fiebre reumática	Prolapso de la válvula mitral
Diabetes	Hipertension Sanguínea	Reumatismo	Infarto
Mareos	Bilirrubina	Problemas de sinusitis	Enfermedad del hígado
Epilepsia	Enfermedad del riñón	Problemas estomacales	Sangrado excesivo

Por favor describa cualquier otra condición no mencionada arriba :

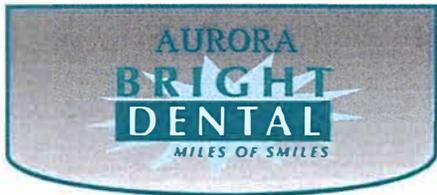
A mi conocimiento, saber y entender, toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. Notificaré a los médicos de cualquier cambio en mi salud en mi próxima cita sin falta.

Firma del paciente / tutor legal : **X** _____ Fecha : _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Primario Nombre : _____ Teléfono : _____ Relación : _____

Secundario Nombre : _____ Teléfono : _____ Relación : _____



AURORA BRIGHT DENTAL

630-375-0099
2003 Montgomery Rd
Aurora, IL 60504

FORMULARIO DE DERECHO DE ACCESO PARA FAMILIAR/AMIGO

Yo, _____, dirijo a mis proveedores y pagadores de servicios de atención dental a

Divulgar y divulgar mi información de salud protegida que se describe a continuación a:

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO: _____

Nombre de la persona que otorga esta autorización

Fecha de nacimiento

Firma de la persona que otorga la autorización

Fecha de hoy



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento : _____

1. EL PAGO ES DEBIDO el día en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. Cualquier descuento o cupón se anulará a menos que el pago se realice en o antes del día de servicio.
2. Si tengo seguro dental, entiendo que todos los servicios dentales que me prestan están directamente a mi cargo y YO SOY PERSONALMENTE RESPONSABLE DE TODAS LAS CUOTAS DENTALES. Mis reclamaciones de seguro dental se presentarán como cortesía. DEBO pagar mi parte ESTIMADA de la factura el día del servicio o antes.
3. Entiendo que Aurora Bright Dental recibe un resumen de mi seguro dental, todas las estimaciones de tratamiento están determinadas por la información recibida de mi seguro dental. Un resumen del seguro dental no incluye todos los detalles de mi seguro. Soy responsable de entender los detalles de mi seguro dental
 - 3.1. Los servicios que NO se estima que están cubiertos por mi seguro vencen en el momento en que se prestan los servicios.
 - 3.1.1. Entiendo que soy responsable de la tarifa de la oficina COMPLETA en cualquier servicio que no sea un beneficio de mi plan dental.
 - 3.2. Entiendo que mi seguro dental NO es una garantía de pago
 - 3.2.1. Mis beneficios dentales NO son una garantía y se determinan SOLAMENTE una vez que se haya enviado un cobro a mi seguro dental.
 - 3.3. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo restante después del seguro.
 - 3.3.1. Entiendo que mi seguro puede negar, aplicar beneficios alternativos o limitaciones de frecuencia; a cualquier factura dental presentada en mi nombre, una vez recibidas.
 - 3.3.2. Aurora Bright Dental no se hace responsable de las limitaciones, exclusiones o determinaciones hechas por mi plan de seguro dental o los consultores del plan. **Aurora Bright Dental no se hace responsable de las limitaciones, exclusiones o determinaciones hechas por mi plan de seguro dental o los consultores del plan.**
 - 3.3.3. Entiendo que Aurora Bright Dental NO es responsable de los saldos restantes como resultado de los beneficios de mi plan dental.
4. Si elegí NO pagar mi porción ESTIMADA del paciente al momento del servicio y prefiero esperar en el seguro para pagar, soy RESPONSABLE del monto total de servicios en la fecha en que se realizan.
5. Un cargo mensual por servicio del 2% (24% TAE), con una tarifa mínima mensual de \$ 15.00; se agregará a mi cuenta para saldos de más de 30 días a partir de la fecha de vencimiento del pago. Entiendo que los saldos de más de 90 días se enviarán a cobros..
6. Para asegurar una cita, que exceda de 1 hora, se requiere un ANTICIPO MÍNIMO DE \$ 100 o 20% (de la porción de desembolso del paciente), lo que sea mayor.
 - 6.1. Las citas están reservadas exclusivamente para mí y se requiere un aviso MÍNIMO de 36 HORAS si no puedo asistir a una cita para que esta hora pueda estar disponible para otros pacientes.
 - 6.2. Depósitos en citas canceladas dentro de las 36 horas no son reembolsables
 - 6.3. El depósito se transferirá a la primera cita reprogramada..
 - 6.4. El depósito no es REEMBOLSABLE si el paciente elige no reprogramar.
7. **"Cuota de cita rota"** \$ 100 se evaluarán para cualquier cita cancelada dentro de las 36 horas, para citas sin PREPAGO.
 - 7.1. Una cortesía "única" se extenderá a circunstancias atenuantes dentro de un período de 12 meses
 - 7.2. Pacientes que demuestren un historial de 2 citas rotas dentro de las 36 horas, en un período de 12 meses; se le puede solicitar que proporcione una tarjeta de crédito para reservar citas futuras a discreción de las prácticas.

Estoy de acuerdo con los términos financieros y de citas para todo mi tratamiento dental y consiento que mi atención dental sea realizada por los médicos, higienistas y asistentes de Aurora Bright Dental. Entiendo que soy responsable de todas las tarifas por los servicios que se pueden realizar y todas mis preguntas serán respondidas y se me explicará el tratamiento recomendado. En cualquier momento, tengo a mi disposición una copia de la poliza financiera y las opciones de pago de Aurora Bright Dental y me han ofrecido una copia para mis registros personales.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: _____



630-375-0099
dr.kanani@aurorabrightdental.com
AuroraBrightDental.com

Aurora Bright Dental.
2003 Montgomery Rd. #103
Aurora, IL 60504

RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DEL AVISO DEL PACIENTE **De las normas de privacidad**

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida conforme a la Ley de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre una serie de proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga el pago de terceros pagadores, incluidos los seguros médicos y dentales; para mis servicios de salud .
- Recordatorios de citas: como mensajes de correo de voz, postales, correo electrónico, texto o cartas. Debe proporcionar por escrito para no recibir recordatorios que indiquen qué formas de comunicación no prefiere .

Se me ha informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida. Se me ha otorgado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con esta oficina en la dirección que figura arriba para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad .

Yo , _____, eh recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la oficina de Aurora Bright Dental.

Si firma en nombre del paciente, informe a la oficina de su relación con el paciente. : _____.

Firma del Paciente o Tutor Legal: X _____

Fecha: _____



ESTE ESCRITO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS. Nuestro deber legal La ley federal y estatal nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigencia el 01/01/2017 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y le proporcionaremos el nuevo Aviso en nuestra ubicación de práctica, y lo distribuiremos a solicitud.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para los siguientes propósitos, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por ningún motivo, excepto por los descritos en este Aviso.

Usos y Divulgaciones de Información de Salud

Usamos y divulgamos su información médica sin autorización para los siguientes fines:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos enviar reclamaciones a sus planes de salud médicos y dentales que contienen cierta información de salud.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño del profesional y el proveedor, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

Para usted o su representante personal: debemos divulgar su información médica a usted, como se describe en la sección de Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a su representante personal, pero solo si usted acepta que podemos hacerlo por escrito.

Personas involucradas en la atención: podemos usar o divulgar información médica para notificar o ayudar a notificar (incluso identificar o localizar) a un familiar, a su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si está presente, antes del uso o divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En el caso de su ausencia o incapacidad o en circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica basada en una determinación utilizando nuestro juicio profesional, revelando solo información médica que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés para permitir que una persona recoja recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Ayuda para desastres: Podemos usar o divulgar su información médica para ayudar en los esfuerzos de ayuda en casos de desastre.

Servicios de marketing relacionados con la salud: No utilizaremos su información de salud para las comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: podemos usar o divulgar su información médica cuando la ley nos lo exija.

Salud pública y beneficios públicos: podemos usar o divulgar su información médica para denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica; reportar enfermedades, lesiones y estadísticas vitales; para reportar cierta información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); para alertar a alguien que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad; para actividades de supervisión de la salud; para determinados procedimientos judiciales y administrativos; para ciertos propósitos de aplicación de la ley; para evitar una grave amenaza a la salud o seguridad; y para cumplir con la compensación de trabajadores o programas similares.

Fallecidos: podemos divulgar información médica sobre un fallecido según lo autorice o requiera la ley.



630-375-0099
dr.kanani@aurorabrightdental.com
AuroraBrightDental.com

Aurora Bright Dental.
2003 Montgomery Rd. #103
Aurora, IL 60504

Seguridad nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a los funcionarios federales autorizados la información médica requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal de la información médica protegida de un recluso o paciente.

Recordatorios de citas: podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales, correos electrónicos, mensajes de texto o cartas). Deberá proporcionar un documento por escrito para no recibir recordatorios que indiquen qué formas de comunicación no prefiere.

Derechos del paciente

Acceso: tiene derecho a consultar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo de manera práctica. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información medica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este escrito. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este escrito. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por el costo de los suministros y la mano de obra de la copia. Si solicita copias, le cobraremos \$ 2.00 por cada página, \$ 25.00 por hora para que el personal copie su información de salud y el apostillado si desea que las copias se le envíen por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su historial medico a a cambio de una tarifa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este escrito para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de divulgación: tiene derecho a recibir una lista de los casos en que nosotros o nuestros socios comerciales divulgaron su información de salud para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes. 14 de abril de 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable y basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información medica. En la mayoría de los casos, no estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en ciertas circunstancias donde se requiere o permite la divulgación, como una emergencia, para actividades de salud pública o cuando es requerido por la ley). Debemos cumplir con una solicitud para restringir la divulgación de información médica protegida a un plan de salud con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica (según lo define HIPAA) si la información médica protegida pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica para el cual nosotros Se han pagado de su bolsillo en su totalidad.

Comunicación alternativa: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. (Debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar los medios o la ubicación alternativos, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejan los pagos de acuerdo con los medios alternativos o la ubicación que solicita.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Puede recibir una copia impresa de este aviso cuando lo solicite, incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente en nuestro sitio web o por correo electrónico (correo electrónico).

Preguntas y Quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para Para comunicarnos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. A solicitud.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Oficial de contacto:

Telephone: 630-375-0099

E-mail: dr.kanani@aurorabrightdental.com

Address: 2003 Montgomery Rd. Aurora, IL 60504