

Apellido del paciente _____ **Nombre** _____ **Inicial del segundo nombre** _____

Hombre _____ Mujer _____ Fecha de nacimiento _____ SSN# _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono de la casa _____

Empleador _____

Si el paciente es niño, nombre del padre o tutor legal _____

El paciente es: Anglo Hispano Afro-Americano Asiático Nativo Americano

Si es nativo americano, ¿qué tribu? _____ Copia de la tarjeta Sí No El

Paciente es: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Menor

Si está casado, nombre del cónyug _____

¿Por qué está buscando atención aquí en la Clínica Dental de Marian? (Marque todo lo que corresponda):

- No es elegible para beneficios de Medicaid, MediKan o Veteranos
- No hay ingresos en este momento
- No puede pagar el seguro dental en este momento
- El empleador no ofrece seguro dental
- El empleador ofrece seguro dental pero la participación del empleado es demasiado cara para mí
- No tengo seguro dental
- Tengo Medicaid / KanCare
- Tengo seguro privado
- Fui remitido por un amigo
- Empleado, familiar, amigo y / o miembro de la comunidad

Esta información es completa y correcta y yo la proveo para recibir cuidado bajo el programa de Proveedor de Cuidado de Salud de Caridad
(K> S> A> 75-6120)

Firma del paciente (tutor legal) _____ **Fecha** _____

Nombre del paciente _____

¿Está el paciente bajo el cuidado de un médico? Sí No

Nombre del médico o clínica del paciente _____

Si bajo el cuidado de un médico, ¿para qué condición? _____

¿Está el paciente tomando medicamentos en este momento? Sí No

Si es así, por favor, haga una lista aquí: _____

MEDICO: ¿El paciente tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (Si es así, por favor explique) _____ | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios |
| <input type="checkbox"/> Problemas congénitos del corazón | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular artificial | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Trastorno o enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Reacción alérgica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Hepatitis (si es así, de qué tipo) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reacción alérgica al metal oa la joyería | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (si es así, de qué tipo) _____ | | |

Por favor liste cualquier alergia a medicamentos que el paciente tenga: _____

¿Utiliza el paciente: Tabaco Cafeína Alcohol Tabaco sin hu

Si es así, explique por favor cuánto y con qué frecuencia: _____

Mujer solamente) ¿El paciente está embarazada? Sí No

DENTAL: ¿Cuál es la razón del paciente para hacer esta cita dental?

Necesidad de un examen de rutina Necesidad de un trabajo dental de emergencia

Describe el problema principal que tiene el paciente: _____

Describir la salud dental actual del paciente: Buena Regular Pobre

¿Con qué frecuencia el paciente se cepilla los dientes? Una vez al día Dos veces al día Cada dos días
 Una vez a la semana Nunca Otro _____

¿El pacientes alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reacción inusual a la anestesia | <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Encías sangrantes |
| <input type="checkbox"/> Dientes rotos o con caries | <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar | <input type="checkbox"/> Dientes ausentes |
| <input type="checkbox"/> Insatisfacción con la apariencia de los dientes | <input type="checkbox"/> Moler / apretar los dientes | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón o bultos en la boca | <input type="checkbox"/> Retenedores o tirantes para propósitos ortodónticos | |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad de los dientes a calor, frío, dulces o presión | | |
| <input type="checkbox"/> Sonidos inusuales en la oreja al masticar o abrir la boca | | |
| <input type="checkbox"/> Llagas en los labios o en la boca que son lentos para sanar | | |

¿Quiere hablar con el médico sobre cualquier problema no mencionado arriba? Sí No

Comentarios adicionales: _____

Doy permiso al personal de la Clínica Dental Marian para administrar tales medicamentos y anestesia y para llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para mi cuidado dental. La información que he dado aquí es correcta a mi mejor conocimiento. Estoy de acuerdo en notificar a la clínica si hay cambios en mi historial médico o dental.

Firma del paciente o tutor _____ **Fecha** _____

A través de la Ley de Seguro de Salud y Responsabilidad (HIPAA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos Estableció normas nacionales para la privacidad o la información médica protegida (PHI). En cumplimiento de estas Las regulaciones federales, la Clínica Dental Marian no puede discutir su atención médica / dental con nadie sin su Expreso permiso por escrito, excepto en caso de emergencia o como lo requiera la ley. Esto no se aplica a Divulgación de información para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Por favor, anote los nombres completos de las personas con las cuales usted otorga autorización de la Clínica Dental de Marian para discutir su cuidado (Es decir, recargas de medicamentos, programación de citas, información de facturación, historial médico, etc.). Esposo (a), padre (s), hijo (s), hermano, otro significativo, amigo (s), intérprete, etc.

Si usted elige no nombrar a nadie, por favor indique "NADIE."

ATENCIÓN: Esto se aplica a niños menores de 18 años de edad o menores. Necesitamos su permiso Para discutir su cuidado con alguien – incluyendo a sus padres.

1. _____ Nombre	_____ Relación
2. _____ Nombre	_____ Relación
3. _____ Nombre	_____ Relación
4. _____ Nombre	_____ Relación

Firma _____ **Fecha** _____

Por la presente reconozco que me han ofrecido y / o recibido una copia de la Clínica Dental de Marian
Notificación de prácticas de privacidad.

_____ Fecha _____
Firma del paciente o del representante del paciente

Nombre impreso del paciente / representante del paciente

Relación con el paciente: _____

- Entiendo que los dentistas licenciados y los higienistas dentales, que son empleados o voluntarios, ven a todos los pacientes. Marian Dental Clínica puede celebrar acuerdos con las escuelas de odontología para colocar a los estudiantes en la clínica; Yo consiento ser tratado por un estudiante que es directamente supervisado por un profesional con licencia. Doy permiso para las evaluaciones y el tratamiento para mí, o el niño menor nombrado aquí, por este personal dental.
- Entiendo que debo proporcionar información completa y precisa al llenar los formularios de solicitud, incluyendo la Ingresos familiares. Los pacientes deben actualizar la información y la prueba de ingresos anualmente.
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Marian Dental Clinic de cualquier cambio en el número de teléfono, dirección e ingresos.
- Entiendo que si no se proporciona prueba de ingresos, seré responsable del pago de los servicios a la tarifa más alta de la clínica.
- Estoy de acuerdo en pagar a la clínica los servicios recibidos a una tarifa reducida determinada por los ingresos de mi familia. Si no tengo servicios dentales seguro médico o mi seguro dental niega servicios o no están cubiertos por mi plan de beneficios, estoy de acuerdo en pagar a la clínica la tarifa reducida.
- Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro dental sean pagados directamente a la Clínica Dental de Marian. Autorizo la publicación de los información médica y dental a todas las compañías de seguros designadas.
- Entiendo que necesito darle anticipadamente 24 horas de antelación para cancelar una cita. También entiendo que si no lo notifico la clínica de cancelación, será una cita fallida. Entiendo que la Clínica Dental Marian ya no pre-programará Citas después de dos citas perdidas y necesitaré sentarme y esperar una apertura disponible.
- Entiendo que si yo, o el menor mencionado aquí, llego con 10 minutos de retraso a una cita programada, mi cita puede ser reprogramada.
- Entiendo que un adulto debe acompañar a niños menores de 18 años de edad. Un miembro de la familia sólo está permitido en la sala de tratamiento Con la aprobación del personal dental. Entiendo que los niños de la sala de espera del paciente deben ser atendidos en todo momento que el paciente este en el tratamiento.
- Entiendo que el personal de la clínica puede despedirme a mí o a un menor por cualquiera de las siguientes razones:
 - Comportamiento amenazante, abusivo o perturbador mientras se encuentra en la clínica.
 - No seguir el consejo dado por un dentista para el beneficio de mi salud.
 - No seguir con una referencia a un especialista, según lo recomendado por la Clínica Dental de Marian.
 - Por faltar a dos citas y no llamar para cancelar.
- Entiendo que “despido” significa negación de servicios futuros en la clínica y un contacto alternativo para un proveedor dental será Dado a mi.
- Entiendo que la clínica no es responsable de ninguna factura incurrida fuera de los servicios que me proporciona, como remisión, Una visita a la sala de emergencias, medicamentos o suministros medicos.
- Entiendo que todos los archivos son mantenidos confidenciales por el personal de la clínica y que mi consentimiento por escrito es requerido para cualquier divulgación de información Por la clínica a otras personas o agencias, excepto como lo requiere la ley en caso de órdenes judiciales, abuso infantil o amenaza para la vida Situaciones. El personal es requerido por la ley a reportar cualquier sospecha de abuso de niños o adultos, incluyendo negligencia o emocional, físico o Abuso sexual.
- He leído las declaraciones anteriores, y las entiendo o alguien me ha aclarado algo que no entendía. estoy de acuerdo con Los términos indicados aquí y yo de buena gana proporcionar información sobre mí mismo con el fin de recibir el mejor cuidado posible.

Firma del paciente o tutor _____

Fecha _____

Nombre del paciente _____ **Número de Cuenta** _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Condado _____

Número de Teléfono _____ # celular _____ # de trabajo _____

Correo electrónico _____

Soltero a Casado Divorciado Separado Viudo (a)

Nombre de la Persona responsable _____ Relación _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de la casa _____ # celular _____ # de trabajo _____

Nombre de conyugue _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de la casa _____ # celular _____ # de trabajo _____

Indique los dependientes que viven con usted por quien usted es responsable. Por favor incluya nombre (s), edad (s) y fecha de nacimiento:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mi firma atestigua que la información que he proporcionado en este formulario es exacta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que SCL Health requiere verificación de ingresos antes de que se haga cualquier determinación. También entiendo que se puede correr mi crédito, sin costo para mí, para verificar la información anterior.

Fecha de firma _____ **Fecha** _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

- Solicitud completa, firmada y fechada
- Al menos uno de los siguientes documentos, los ingresos de los últimos 3 meses O la declaración de impuestos del año anterior:
 - Copia de talones de pago para el paciente, y / o cónyuge
 - Copia de la (s) carta (s) de adjudicación – Desempleo, Seguridad Social, etc., con beneficios mensuales
 - Copia de estado de cuenta bancarios
- Copia de identificación con foto válida: Licencia de Conducir, Pasaporte, Visa, etc.

Tamaño de la familia _____ Ingreso _____ Nivel de Pobreza% _____ Escala Deslizante Nivel _____

Notas especiales: _____

Nombre del asociado de la oficina: _____ APPROVE DENIED Fecha: _____