

LINDENWOLD DENTAL CENTER

Dr. Ishak Said, D.M.D. • Dr. Joel Okon, D.D.S.

254 Gibbsboro Road • Lindenwold, NJ 08021
Tel: (856) 783-3777 • Fax: (856) 783-6891

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Tómese unos minutos para completar este formulario de la forma más completa posible. Si tienes alguna pregunta estaremos encantados de ayudarte.

PERSONAL

Nombre: _____
Last First MI (Preferred)

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____ Género: M F Casado: Y N

Trabajar #: _____ Inalámbrico #: _____

Correo electrónico: _____

Método de Contacto Preferido: Hogar # Trabajar # Celúla # Correo electrónico Text

Método de contacto preferido para confirmaciones: Hogar # Trabajar # Celúla # Correo electrónico Text

Método de contacto preferido para el retiro del mercado: Hogar # Trabajar # Celúla # Correo electrónico Text

Condición de estudiante si dependiente mayor de 19 años (para ins): No estudiante Tiempo completo Tiempo parcial

¿Cómo te enteraste de nosotros? Google Facebook Amigo / familia (lista a continuación) Otro (lista a continuación)

(Si alguien lo recomendó aquí, ingrese su nombre para que podamos agradecerle).

DIRECCION Y TELEFONO CASA

Marque la casilla si es igual para toda la familia:

DIRECCION: _____

DIRECCION: 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Hogar #: _____

POLIZA DE SEGUROS 1

Su relación con el suscriptor: Ser Esposo Niño

Nombre del suscriptor: _____ identificación de suscriptor #: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono del seguro #: _____

Empleador: _____ Nombre del grupo: _____ Grupo #: _____

Por favor presente la tarjeta del seguro a la recepcionista.

POLIZA DE SEGUROS 2

Su relación con el suscriptor: Self Esposo Niño

Nombre del suscriptor: _____ identificación de suscriptor #: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono del seguro #: _____

Empleador: _____ Nombre del grupo: _____ Grupo #: _____

LINDENWOLD DENTAL CENTER

Dr. Ishak Said, D.M.D. • Dr. Joel Okon, D.D.S.

254 Gibbsboro Road • Lindenwold, NJ 08021

Tel: (856) 783-3777 • Fax: (856) 783-6891

Spanish Medical History for New Patient

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Médico: _____ Estado de la Ciudad: _____
Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

Y N

- Anesthetic
 Aspirin
 Codeine
 Ibuprofen

Y N

- Iodine
 Latex
 Penicillin
 Sulfa

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

Y N

- Asma
 Problemas de sangrado
 Cáncer
 Diabetes
 Soplo cardíaco
 Problemas del corazón
 Hipertensión
 Reemplazo de la articulación

Y N

- Problemas de riñón
 Enfermedad del hígado
 El embarazo
 Tratamiento psiquiátrico
 Problema sinusal
 Ataque
 Úlceras
 Fiebre reumática

¿El consumo de tabaco? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto? _____

¿Reacción inusual a las inyecciones dentales? _____

Motivo de la visita de hoy _____ ¿Estás adolorido? _____

Nuevas pacientes:

¿Tienes una radiografía panorámica o radiografía de boca completa que tiene menos de 5 años? _____

¿Tiene radiografías BiteWing que tienen menos de 1 año? _____

Nombre del ex dentista _____ Estado de la Ciudad _____

Fecha de la última limpieza y examen. _____

Date: _____

Firma Del Paciente

LINDENWOLD DENTAL CENTER

Dr. Ishak Said, D.M.D. • Dr. Joel Okon, D.D.S.

254 Gibbsboro Road • Lindenwold, NJ 08021

Tel: (856) 783-3777 • Fax: (856) 783-6891

Acuerdo financiero

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: [fecha de hoy]

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y agradecemos sus comentarios y sugerencias. Si tiene seguro, estamos ansiosos por ayudarlo a recibir los beneficios máximos permitidos. Para lograr esos objetivos, necesitamos que comprenda nuestra política de pagos. Le agradecemos por tomarse el tiempo para leer y comprender las políticas a continuación.

Pacientes no asegurados:

El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Para su comodidad, el pago se puede realizar en efectivo, con cualquier tarjeta importante, Apple Pay y Venmo. Si su tratamiento se extiende durante un período de tiempo, esperamos que el pago se realice durante el curso del tratamiento.

Pacientes asegurados:

Como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.

El coseguro estimado vence en el momento en que se prestan los servicios. Estaremos encantados de analizar su tratamiento propuesto y responder cualquier pregunta relacionada con su seguro lo mejor que podamos, sin embargo:

- 1.) Su seguro es un contrato entre usted, la compañía de seguros y su empleador. No somos parte de ese contrato. La presentación de reclamos de seguros es una cortesía que brindamos.
- 2.) Se considera que nuestras tarifas se encuentran dentro del rango aceptable de la mayoría de las compañías de seguros.
- 3.) No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos.
- 4.) Nuestra estimación de cobertura de seguro es solo una estimación basada en la información disponible para nosotros. Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, comuníquese con nosotros de inmediato para obtener ayuda en la administración de su cuenta.

Nuestra política para citas PERDIDAS/Canceladas/reprogramadas dentro de las 24 horas.

Se cobra una tarifa de \$50 por cualquier cita con el médico y \$25 con el higienista. REQUERIMOS un aviso de 24 HORAS para cancelaciones/reprogramaciones. Si el paciente no llega a una cita sin la notificación adecuada, otro paciente perderá ese tiempo.

Cualquier/todos los cheques que recibamos y que sean DEVUELTOS del banco están sujetos a una tarifa que oscila entre \$25 y \$50, ya que esto depende del instituto bancario y no de nosotros.

En el caso de que este acuerdo se convierta en un asunto de cobro, el paciente/garante será responsable de todos los cargos y costos relacionados con las actividades de cobro.

He leído y comprendido las políticas anteriores.

Acepto que esta oficina realice un informe crediticio. En caso negativo, todos los cargos deberán pagarse al momento del servicio.

- Sí
 No

Firma Del Paciente

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO

Lindenwold Dental Center
254 E Gibbsboro Rd. Lindenwold NJ 08021

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad de Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Recibí, leí y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

solo uso de oficina

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento en el Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo, como se documenta a continuación:

Fecha: _____ Iniciales: _____ Razón: _____