

Formulario de Registro de Nuevo Paciente

¿A quién podemos agradecerle por recomendarle nuestro consultorio? _____

Información sobre el paciente

Nombre y apellido: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Nombre preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: Celular Casa Trabajo

Civil: Menor Soltero Casado/Pareja Separado/Divorciado Viudo

Género: Masculino Femenino X

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguro Social: _____ Número de Licencia: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: (____) _____

Información de la parte responsable

(si alguien que no sea el paciente es responsable de la cuenta y/o el paciente es menor de 18 años)

Nombre y apellido: _____ Relación al paciente: Yo Cónyuge Padre Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguro Social: _____ Número de Licencia: _____

Información del seguro

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación al paciente: Yo mismo Cónyuge Hijo Otro

Seguro Social del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ____/____/____

Nombre del seguro: _____ Teléfono: (____) _____

ID de miembro: _____ Número de grupo _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: (____) _____

Comentarios adicionales:

Políticas de la Oficina

Citas canceladas o canceladas: Agradecemos mucho a los pacientes que llegan a tiempo a sus citas programadas. En caso de que necesite cancelar una cita, le solicitamos que nos lo notifique con al menos 48 horas de anticipación. Como cortesía, nuestra oficina puede comunicarse con usted por correo electrónico o teléfono para recordarle su(s) cita(s). Si bien se pueden tener en cuenta ciertas emergencias y otros problemas, Family Dental se reserva el derecho de aplicar una tarifa de \$50 por cada media hora de la cita programada por no avisar con la debida antelación. Nuestro otro objetivo es mantener el costo de los servicios dentales lo más económico posible. La cita que programe para el tratamiento está reservada únicamente para usted y su tratamiento. Cuando no asiste a su cita sin avisarnos con la debida antelación, esto se suma al costo general de la atención, ya que no se utilizan los profesionales capacitados ni las instalaciones dentales. Agradecemos su comprensión y consideración con respecto a nuestra política de citas y, si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en consultarnos.

Garantía de pago/cesión de beneficios del seguro: A menos que se indique lo contrario, comprendo que se deben pagar honorarios por cualquier servicio prestado en la fecha del servicio. Autorizo que el pago de los servicios que se me presten se realice directamente a esta oficina para los beneficios que de otro modo me corresponderían. Estos pagos no excederán los cargos regulares por este período de tratamiento. **También comprendo que soy responsable de pagar cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de seguro, incluidos, entre otros, los servicios no cubiertos, el deducible y/o coaseguro correspondiente según lo definido por mi(s) póliza(s), o cualquier honorario por servicios en el caso de que no tenga cobertura de seguro.**

Finalización del tratamiento: En caso de que elija recibir tratamientos como coronas, prótesis dentales, endodoncias, puentes, implantes y otros tratamientos que requieran que regrese a futuras visitas para finalizarlos, comprendo que soy responsable de regresar al consultorio para completar el tratamiento. Este tipo de tratamientos generalmente requieren que Family Dental incurra en costos de laboratorio, equipo y mano de obra por adelantado. **En caso de que no regrese para completar el tratamiento, comprendo que aún soy responsable de pagar el costo total del tratamiento.**

Saldos vencidos y servicios de cobranza: Family Dental se esfuerza por brindar a todos los pacientes educación e información sobre el tratamiento propuesto y completado, así como los costos asociados, para que cada paciente pueda tomar una decisión informada sobre su tratamiento. Family Dental también participa en programas de préstamos para extender crédito sin intereses a las solicitudes calificadas para ciertos procedimientos. Sin embargo, **en caso de que no pague el saldo pendiente, comprendo que se aplicará una tasa de interés del 12 % a cualquier saldo vencido en mi cuenta.** También comprendo que si mi saldo vencido se deriva a un abogado o una agencia de cobranza, seré financieramente responsable de cualquier costo adicional en el que se incurra, como honorarios de abogados, honorarios de la agencia de cobranza, costos judiciales, etc.

Despido de pacientes: Nuestro consultorio se enorgullece de nuestra odontología y de la relación con nuestros pacientes que creen en la atención de calidad. La cooperación es un elemento clave para un tratamiento exitoso. Family Dental se reserva el derecho de despedir a los pacientes en beneficio del servicio al cliente y la atención de calidad para todos los pacientes. Family Dental estará feliz de transferir los registros de los pacientes a otro proveedor a pedido y aprobación de cualquier paciente que sea despedido.

Política de privacidad de HIPAA: La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que la información que nos ha proporcionado es personal y estamos comprometidos a protegerla. No dude en hablar con un miembro de nuestro personal para obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, si no se le ha proporcionado una.

Reconocimiento y acuerdo del paciente. Acepto y cumplo con las políticas mencionadas anteriormente. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre estas políticas, puedo solicitar asistencia y una explicación más detallada en cualquier momento a un miembro del personal de Family Dental.

- He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Family Dental.
- No recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Family Dental, pero entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Family Dental en cualquier momento.

Firma del paciente/responsable

Fecha

Consentimiento para comunicación por mensaje de texto o correo electrónico

Resumen de los riesgos y beneficios del uso del correo electrónico/mensajes de texto:

El correo electrónico o los mensajes de texto son un método de correspondencia útil para los pacientes. La transmisión de información por correo electrónico o mensajes de texto puede generar una serie de riesgos, tanto generales como específicos, que los pacientes deben conocer si eligen este método de correspondencia.

Riesgos del uso del correo electrónico o mensajes de texto

A los pacientes se les ofrece la oportunidad de comunicarse con el consultorio y/o los médicos por correo electrónico. Sin embargo, la transmisión de información del paciente por correo electrónico conlleva varios riesgos que los pacientes deben tener en cuenta antes de dar su consentimiento. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- El correo electrónico puede circular, reenviarse y almacenarse en numerosos archivos en papel y electrónicos.
- El correo electrónico puede transmitirse inmediatamente a todo el mundo y ser recibido tanto por destinatarios previstos como no previstos.
- Los remitentes de mensajes de texto o correos electrónicos pueden enviar mensajes de texto o correos electrónicos con direcciones incorrectas.
- El correo electrónico puede falsificarse más fácilmente que los documentos escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos y textos transmitidos a través de sus sistemas.
- El correo electrónico o el texto pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización ni detección.
- El correo electrónico puede utilizarse para introducir virus en los sistemas informáticos
- El correo electrónico o mensaje de texto se puede utilizar como prueba ante el tribunal.

Condiciones para el uso del correo electrónico o mensajes de texto

Su proveedor utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada por correo electrónico. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico o mensajes de texto y no seremos responsables de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por la mala conducta intencional del médico. Por lo tanto, los pacientes deben dar su consentimiento para el uso del correo electrónico para la información del paciente. El consentimiento para el uso del correo electrónico incluye la aceptación de las siguientes condiciones:

- Todos los correos electrónicos del paciente relacionados con el diagnóstico o el tratamiento se imprimirán y formarán parte del historial médico del paciente. Dado que forman parte del historial médico, otras personas autorizadas a acceder a él, como el personal y el encargado de la facturación, tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- No debe utilizar el correo electrónico para comunicarse con información médica confidencial, como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, problemas de abuso, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias.
- Usted es responsable de informar a su proveedor de cualquier tipo de información que no desea que se le envíe por correo electrónico, además de las establecidas anteriormente.
- Usted es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico o mensajes de texto. Su médico no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por el paciente o cualquier tercero.
- El médico no participará en comunicaciones por correo electrónico que sean ilegales.
- Los mensajes de texto no incluirán PHI y solo incluirán un recordatorio de cita.
- Es su responsabilidad hacer seguimiento y/o programar una cita si es necesario.

Su consentimiento para recibir correspondencia por correo electrónico o mensaje de texto incluye su comprensión de las siguientes condiciones:

- Los empleadores no respetan el derecho a la privacidad de los empleados en su sistema de correo electrónico, no debe utilizar el sistema de correo electrónico de su empleador para recibir correos electrónicos confidenciales.
- El médico no es responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea resultado de nuestra negligencia o mala conducta. La información del paciente está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 42 USC 1320 et seq. 45 CFR Partes 160 y 164, y la Ley de Confidencialidad, 42 USC 290dd-2, 42 CFR Parte 2. Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita de otro modo la 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente cualquier abuso de alcohol o drogas.

Consentimiento informado

- Si usted consiente el uso del correo electrónico, usted es responsable de informar a su proveedor de cualquier tipo de información que no desea que le sea enviada por correo electrónico.
- Usted es responsable de proteger su contraseña y el acceso a su correo electrónico o mensaje de texto para garantizar su confidencialidad. El médico no será responsable si se produce una violación de la confidencialidad debido a una violación de la seguridad de su cuenta.
- Si desea dejar de enviar información por correo electrónico o mensaje de texto, debe enviar su consentimiento por escrito por correo postal o un correo electrónico informando a Family Dental que está retirando su consentimiento para recibir información por correo electrónico o mensaje de texto.

Reconocimiento y acuerdo del paciente

Reconozco que he leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico o mensaje de texto entre el médico y yo, y acepto las condiciones descritas en este documento. Además, acepto las instrucciones descritas en este documento, así como cualquier otra instrucción que el médico pueda imponer para comunicarse con los pacientes por correo electrónico o mensaje de texto. Se respondieron todas las preguntas que pudiera tener.

- Sí, he leído lo anterior y doy mi consentimiento para recibir correspondencia confidencial por correo electrónico o mensaje de texto.**
- No, no deseo que me contacten por mensaje de texto o correo electrónico.**

Si desea dar consentimiento para otras personas de su familia, enumere los pacientes a continuación:

Nombre del paciente

Nombre del paciente

Nombre del paciente

Nombre del paciente

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha

Nombre impreso del paciente/padre/tutor

Para fines de comunicación, por favor utilice el correo electrónico y/o teléfono celular que aparece a continuación:

_____ (____) _____
Dirección de correo electrónico Teléfono celular

El consentimiento por escrito se puede enviar por correo a:

Family Dental of Palatine
381 W Northwest Hwy
Palatine, IL 60067

Correo electrónico:
smile@familydentalofpalatine.com