



5245 Sunset Lake Road
Acebo
(919) 355-1170

Políticas de práctica

¡Bienvenido a Signature Family Dentistry! Estamos felices de que usted nos haya elegido como su proveedor dental y apreciar la oportunidad de proporcionarle un cuidado excepcional. Sentimos que las mejores relaciones comienzan con el compartir de expectativas y acogen con satisfacción sus preguntas con respecto a las políticas abajo.

política de cita

Cuando se solicita una cita, el tiempo está reservado con su proveedor especialmente para usted por lo que podemos estar dedicados a su cuidado. Entendemos que su tiempo es valioso, así que veremos que a tiempo. Los siguientes ítems fueron desarrollados para servir mejor a todos nuestros pacientes.

Llegada tarde a las citas - Si usted tiene 15 minutos de retraso, es posible que tengamos que reprogramar su cita para que podamos proporcionar a los pacientes programados con el cuidado que se merecen. Si usted llega tarde a dos citas, se le cobrará una cuota de cita rota de \$ 50.00 y todas las citas futuras deben ser pagadas por adelantado.

Cambio de citas - Esta cuota debe pagarse antes de su cita si se ha aplazado.

Aviso corto Cambio de citas - Si usted cancela / cambia su cita sin aviso apropiado (48 horas) dos veces, será necesario que usted pague una cuota de cita rota de \$ 50.00.

Cita perdida - Si no se presenta a una cita, su recuento de corriente alterna se le cobrará \$ 50.00 que se debe pagar si desea volver a programar.

Política financiera

PAGO de Servicios - Titular se compromete a pagar todos los montos adeudados en su cuenta (el "equilibrio") bajo los términos de esta Política Financiera cuando se facturan. Si usted tiene seguro dental, la cantidad que debe por los servicios puede ser estimada en base a la cantidad esperada a ser pagada por su compañía de seguros. Estaremos encantados de presentar reclamaciones por usted; Sin embargo, el seguro es un contrato entre la empresa y el tomador de seguro por lo que le rogamos que se familiarice con su política. En el caso de que su compañía de seguros no pague su reclamo dentro de los 30 días o rechaza una reclamación, el pago de su cuenta es su responsabilidad. Le proporcionaremos una declaración (su "Declaración") de su Saldo, el cual será pagadero cuando reciba su Declaración.

A la espera de Seguros - Podemos indicar en su declaración de que su saldo está "pendiente de seguro" y por lo tanto aún no pagaderos por usted. Si tiene cobertura de seguro, podemos optar por no enviarle una Declaración hasta que conozcamos o recibamos la cantidad reembolsable por su compañía de seguros.

Los saldos de la cuenta de más de 30 días - Si no recibimos el pago total de su saldo dentro de los 30 días de la fecha del estado mostrado en su Estado, que su cuenta será revisada para los procedimientos de cobro.

Cargo por pago devuelto - Si algún cheque u otro tipo de pago que usted ha hecho en su cuenta es devuelto sin pagar, se le cobrará una tarifa de ymento devuelto Pa, que es actualmente \$ 5.00 y puede ser ajustado. Los pagos futuros deben hacerse con efectivo o tarjeta de crédito.

Los costos de recolección - Si no recibimos el pago en los términos de la presente Política Financiera y nos referimos a su cuenta a una agencia de colección o un abogado de colección, que pueden cobrar a su cuenta o de otra manera obtener de usted nuestros costos de recogida, incluyendo los costos judiciales y Honorarios razonables de abogados, en la medida en que no esté prohibido por la ley aplicable.

Ninguna renuncia por T s - Nos puede renunciar a nuestro derecho de cobrar un cargo a su cuenta sin renunciar a cualquier otro derecho que tenemos bajo esta Política Financiera incluyendo nuestro derecho a cobrar la misma tarifa en cualquier otro momento.

Iniciales _____

Informes de crédito - Se pueden solicitar información de usted y hacer todas las consultas que consideremos pertinentes y necesarias (incluyendo la solicitud de un informe del consumidor de agencias de informes del consumidor) evaluar su solicitud para una cuenta y para los fines de toda actualización, renovación o extensión de los privilegios de carga O revisar o recoger su Cuenta. Además, podemos reportar información sobre su cuenta a agencias de crédito. Los pagos atrasados, los pagos perdidos u otros incumplimientos en su cuenta pueden reflejarse en su informe de crédito. Si usted cree que tenemos información acerca de usted que es inexacta o que hemos reportado o puede reportar a una agencia de informes de crédito información sobre usted que es inexacta, por favor notifiquenos de la información específica que usted cree que es incorrecta escribiéndonos al Dirección arriba.

Preguntas sobre facturación - Si tiene alguna pregunta sobre su declaración, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina. Usted será dirigido a un Coordinador Financiero dedicado que estarán encantados de ayudarle con sus preguntas.

Tal como se utiliza en esta Política Financiera, "nosotros", "nosotras", "nuestro" y "Proveedor" significan el proveedor de servicios mencionado anteriormente. "Servicios" significa cualquier servicio proporcionado por nosotros. "Usted", "su" y "Titular de la cuenta" significa que la persona responsable del pago de los servicios. El pago de los servicios se debe cuando los servicios se proporcionan a menos que se indique lo contrario anteriormente. Al firmar a continuación, usted solicita que establezcamos una cuenta abierta para usted (su "Cuenta") como un alojamiento para usted para el seguimiento y pago de las cantidades adeudadas y usted acepta los términos de esta Política Financiera.

Sí, acepto los términos y condiciones anteriores.

Firmado: _____
(Titular de la cuenta)

Fecha: _____

Imprimir Nombres del paciente: _____

Información del paciente

_ Nombre: Dr. Sr. Srta. Sra.

Nombre o Apodo preferido:

DOB: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Zip _____

Ph: _____ Trabajo Ph: _____ Cell Ph: _____

Email: _____

Ofrecemos recordatorios de citas por correo electrónico y mensaje de texto. Si prefiere una llamada telefónica, marque esta casilla .

Estoy de acuerdo en que SFD puede enviarme un correo electrónico con respecto a citas y noticias que no contienen información de salud protegida .

Estoy de acuerdo en que SFD puede enviarme un correo electrónico con respecto al tratamiento, estados de cuenta o información que contenga información de salud protegida (PHI). Utilizamos una plataforma segura; Sin embargo, no podemos controlar quién abre sus correos electrónicos. .

En caso de emergencia, comuníquese con: _____ a _____

¿Como supiste de nosotros?

_ ¿Estaremos presentando un seguro dental para usted? Sí No En caso afirmativo, complete y proporcione a nuestra oficina una copia de su tarjeta de seguro:

Nombre del Suscriptor: _____ Suscriptor

DOB: _____

Suscriptor Empleador: _____ Subscriber

SSN: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección de envío de reclamo:

Número de identificación del suscriptor _____

Grupo: _____

_ Su relación con el suscriptor es: Auto Cónyuge Socio Niño

Signature Family Dentistry toma en serio su privacidad y no discutirá su información médica protegida a menos que lo autorice. Si desea que discutamos su tratamiento,

cuenta o cualquier información personal, proporcione el nombre y la relación de la persona a usted a continuación:

Nombre: _____ Relación:

Nombre: _____ Relación:

Nombre: _____ Relaciones:

Yo autorizo que yo sea el paciente arriba mencionado, el tutor legal del paciente arriba mencionado o que tenga un poder para el paciente anterior.

Firma: _____ Fecha:

Impresión: _____

Original English text:

Name: _____ Relationship:

ANTECEDENTES DENTALES

Nombre _____ Apodo _____ Edad _____
Remitido por _____ ¿Cómo calificaría el estado de su boca? Excelente Bueno Normal Malo
Dentista anterior _____ ¿Durante cuánto tiempo ha sido su paciente? _____ Meses/Años
Fecha del examen dental más reciente ____/____/____ Fecha de las radiografías más recientes ____/____/____
Fecha del tratamiento más reciente (aparte de la limpieza) ____/____/____
Voy a mi dentista habitualmente cada: 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No voy de forma habitual

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? _____

A CONTINUACIÓN CONTESTE SÍ O NO:

SÍ NO

ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Le da miedo el tratamiento dental? ¿Cuánto miedo?, en una escala de 1 (el menos) a 10 (el más) [____] _____
2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa? _____
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones con algún tratamiento dental anterior? _____
4. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el funcionamiento de la anestesia o ha tenido alguna reacción a la anestesia local? _____
5. ¿Le han puesto alguna vez frenillos, ha recibido tratamiento ortodóntico o le han ajustado la mordida? _____
6. ¿Le han quitado alguna pieza dental? _____

ENCÍAS Y HUESO

7. ¿Le sangran las encías o le duelen cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental? _____
8. ¿Le han tratado alguna vez por piorrea o le han dicho que ha disminuido el hueso alrededor de los dientes? _____
9. ¿Ha notado alguna vez un sabor u olor desagradable en la boca? _____
10. ¿Hay alguien en su familia con antecedentes de enfermedad periodontal? _____
11. ¿Ha sufrido alguna vez retracción de las encías? _____
12. ¿Se le ha aflojado alguna vez una pieza dental por sí misma (sin una lesión) o tiene dificultades para comer una manzana? _____
13. ¿Ha tenido una sensación de ardor en la boca? _____

ESTRUCTURA DEL DIENTE

14. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? _____
15. ¿Le parece demasiado poca la cantidad de saliva en la boca o tiene dificultad para tragar cualquier tipo de comida? _____
16. ¿Siente o nota algún agujero (es decir, picaduras, cráteres) en la superficie de masticación de los dientes? _____
17. ¿Algunos de los dientes son sensibles al calor, al frío, al morder, a los dulces o evita cepillarse alguna parte de la boca? _____
18. ¿Tiene ranuras o muescas en los dientes cerca del borde de las encías? _____
19. ¿Alguna vez se ha roto algún diente, ha tenido dientes astillados o ha tenido dolor de muelas o empastes agrietados? _____
20. ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes con frecuencia? _____

MORDIDA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA

21. ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, sonidos, apertura limitada, bloqueo, chasquido) _____
22. ¿Siente como si la mandíbula inferior se moviera hacia atrás cuando muerde con los dientes juntos? _____
23. ¿Evita o tiene dificultades para masticar chicle, zanahorias, frutos secos, panecillos, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros y secos? _____
24. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, afilado o desgastado? _____
25. ¿Los dientes cada vez se le tuercen más, se apiñan o se superponen? _____
26. ¿Se le están separando los dientes o se están aflojando? _____
27. ¿Tiene que dar más de un bocado, tiene que apretar o desplazar la mandíbula para que los dientes encajen entre sí? _____
28. ¿Pone su lengua entre los dientes o cierra los dientes contra la lengua? _____
29. ¿Mastica hielo, se muerde las uñas, utiliza los dientes para sujetar objetos o tiene algún otro hábito bucal? _____
30. ¿Aprieta los dientes durante el día o hace que le duelan? _____
31. ¿Tiene algún problema para dormir (es decir, desasosiego), se despierta con dolor de cabeza o es consciente de sus dientes? _____
32. ¿Usa o ha usado alguna vez un aparato para mordida? _____

CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA

33. ¿Hay algo sobre el aspecto de sus dientes que le gustaría cambiar? _____
34. ¿Se ha blanqueado los dientes alguna vez? _____
35. ¿Se ha sentido incómodo o acomplejado por el aspecto de sus dientes? _____
36. ¿Le ha decepcionado el aspecto de un trabajo dental anterior? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre del paciente _____ Apodo _____ Edad _____

Nombre del médico / y su especialidad _____

Exploración física más reciente _____ Objetivo _____

¿Cómo cree que es su salud en general? Excelente Buena Normal Mala

TIENE o HA TENIDO ALGUNA VEZ: **SÍ NO** **SÍ NO**

1. hospitalización por enfermedad o lesión _____
2. una reacción alérgica a
 - aspirina, ibuprofeno, paracetamol, codeína
 - penicilina
 - eritromicina
 - tetraciclina
 - sulfonamida
 - anestesia local
 - flúor
 - metales (níquel, oro, plata, _____)
 - látex
 - otro _____
3. problemas de corazón o stent cardíaco en los últimos seis meses
4. antecedentes de endocarditis infecciosa _____
5. válvula cardíaca artificial, defecto de corazón reparado (persistencia del agujero oval, PFO por sus siglas en inglés)
6. marcapasos o desfibrilador implantable _____
7. implante ortopédico (sustitución de articulación) _____
8. fiebre reumática o escarlatina _____
9. tensión arterial alta o baja _____
10. un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) _____
11. anemia u otros trastornos sanguíneos _____
12. hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) _____
13. enfisema, falta de aliento, sarcoidosis _____
14. tuberculosis, sarampión, varicela _____
15. asma _____
16. problemas respiratorios o de sueño (es decir, apnea del sueño, ronquidos, sinusitis)
17. enfermedad renal _____
18. enfermedad hepática _____
19. ictericia _____
20. tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio _____
21. deficiencia hormonal _____
22. colesterol alto o toma estatinas _____
23. diabetes (HbA1c = _____)
24. úlcera de estómago o duodenal _____
25. trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico)
26. osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) _____

27. artritis _____
28. enfermedad autoinmunitaria _____
(es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)
29. glaucoma _____
30. lentes de contacto _____
31. lesiones en la cabeza o el cuello _____
32. epilepsia, convulsiones (crisis) _____
33. trastornos neurológicos (TDA/TDAH, enfermedad de priones) _____
34. infecciones virales y herpes labial _____
35. cualquier bulto o hinchazón en la boca _____
36. urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno _____
37. ITS / ETS / VPH _____
38. hepatitis (tipo _____) _____
39. VIH / SIDA _____
40. tumor, neoplasia anormal _____
41. terapia de radiación _____
42. quimioterapia, medicamentos inmunosupresores _____
43. dificultades emocionales _____
44. tratamiento psiquiátrico _____
45. medicamentos antidepresivos _____
46. uso de alcohol / drogas recreativas _____

USTED:

47. está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad _____
48. es consciente de un cambio en su salud en las últimas 24 horas (es decir, fiebre, escalofríos, tos nueva o diarrea) _____
49. está tomando medicamentos para controlar el peso _____
50. está tomando complementos alimenticios _____
51. está a menudo agotado o fatigado _____
52. sufre dolores de cabeza frecuentes _____
53. es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo _____
54. está considerado como una persona susceptible / sensible _____
55. a menudo se siente infeliz o deprimido _____
56. es una MUJER que toma pastillas anticonceptivas _____
57. es una MUJER que está embarazada _____
58. es un HOMBRE con trastornos de la próstata _____

Describa cualquier tratamiento médico actual, intervención quirúrgica inminente, retraso genético/del desarrollo u otro tratamiento que posiblemente pueda afectar a su tratamiento dental. (es decir, botox, inyecciones de colágeno)

Indique todos los medicamentos, complementos y vitaminas que haya tomado en los últimos dos años.

Fármaco	Objetivo	Fármaco	Objetivo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EN EL FUTURO COMUNÍQUENOS CUALQUIER CAMBIO EN SUS ANTECEDENTES MÉDICOS O DE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____



Consentimiento general

Nombre del paciente (Imprimir): _____

El objetivo de Signature Family Dentistry es proporcionarle información detallada sobre su tratamiento. Hay ciertos procedimientos que requieren consentimiento previo al tratamiento; Sin embargo, este formulario se considera un consentimiento general ya que los procedimientos que se enumeran a continuación son comunes y no requieren el consentimiento continuo a menos que tenga preguntas o inquietudes. Usted es siempre bienvenido para hacer preguntas con respecto a los procedimientos que se recomiendan y tienen información detallada y escrita que se le proporciona.

Su dentista puede recomendar radiografías o imágenes de diagnóstico (fotos intraorales de su cavidad oral) con el propósito de diagnóstico. Los rayos X pueden ayudar a mostrar la densidad ósea, decaer de otra manera no detectada por el ojo humano, quistes y otras anomalías dentro de la cavidad oral. Las radiografías son indoloras y sólo afectan a las partes del cuerpo que entran en contacto directo con el haz. Un delantal de plomo se colocará sobre la parte superior del cuerpo que cubre todos los órganos principales. Las radiografías se toman según lo recomendado por su dentista de acuerdo con las directrices de la ADA. Existen riesgos vinculados a este procedimiento, que incluyen pero no se limitan a:

- La exposición a los rayos X de rayos X (durante la mayoría de los exámenes de rayos X, como los de los brazos, las piernas, la cabeza, los dientes o el pecho, sus órganos reproductores no están expuestos al haz de rayos X directo)
- Exposición directa a los rayos de rayos X durante el embarazo: Es posible que algunas de las células del feto puedan ser cambiadas si la parte inferior de su cuerpo está radiografiada. Hay un mayor riesgo de defectos de nacimiento, aborto espontáneo, crecimiento reducido, retraso mental, tamaño de cabeza pequeño, malformaciones o ciertas enfermedades como la leucemia (más adelante en la vida). En la mayoría de los casos, la cantidad de radiación que viaja al bebé nonato se considera mucho más baja que la exposición natural a la luz del sol oa las ondas de radio.
- El riesgo de NO tener radiografías o imágenes de diagnóstico podría ser mucho mayor que el riesgo de la radiación. Si usted elige no tener una radiografía, otras opciones podrían incluir un ultrasonido (Sonografía) o Imágenes de Resonancia Magnética (MRI).

Su dentista también puede recomendar la anestesia local para el tratamiento. La anestesia local adormece los dientes y las encías para evitar que sienta malestar durante el tratamiento dental. Un anestésico tópico ayuda a entumecer la superficie del tejido de la encía para ayudar a eliminar el pinchazo o el leve picor durante una inyección. Como con cualquier administración de anestésico, siempre existe la posibilidad de un entumecimiento duradero permanente (anestesia). Esta es una condición poco frecuente ya menudo volverá a la sensación normal con el tiempo. También es posible tener un entumecimiento parcial o sensación de "agujas y agujas" que dure más de lo normal después del trabajo dental. En caso de ocurrir una parestesia, comuníquese con nuestra oficina y se tomarán medidas para reducir el tiempo de curación.

Si entiende lo anterior y todas sus preguntas han sido contestadas, por favor firme abajo:

Fecha de firma: _____

Testigo: _____

AGRADECIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibidas obteniendo el reconocimiento de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro
