Bienvenido

El privilegio de una sonrisa alegre, saludable es infinito. Nuestro objetivo es ayudarle a lograr y mantener una salud ora
l óptima. Por favor, sírvase llenar a cabalidad el siguiente cuestionario. Recuerde que establecer una buena comunicación influye en que usted reciba un buen servicio.

1. INFORMACION PERSONAL

Fecha: ____________________

Nombre: ____________________
Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Srta. Dr.

Prefiero ser llamado: ____________ ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de Nacimiento: __/__/__ Edad: ____ Num. SS: ________

Dirección Residencial: ____________________
Calle Num. Apt.

____
Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil: ____________________
☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a)

Tel. Case: ____________________

Casa: ____________ Otro Num.: ____________

Tel Trabajo: ________ Ext.: ____ Num. lic.: ________

Nombre del Patrono: ____________________

Dirección del Patrono: ____________________

Tiempo de Permanencia: ________ Ocupación: ________

Indique dónde y cúando es el tiempo más conveniente para hablar con usted.

____

Indique por quién fue referido para proceder a darle las gracias.

____

Mencione nombre do otros miembros de su familia atendidos por nosotros:

____

Nombre de su dentista: anterior / actual: ____________
Marque con un Círculo

Fecha de su última visita: ____________

2. INFORMACION DEL CONYUGE

Nombre: ____________________

Nombre del Patrono: ____________________

Num. de Teléfono del Trabajo: ________ Ext: ____ Num. SS: ________

Fecha de Nacimiento: ________ Num. Lic: ________

Persona Responsable de esta Cuenta: ____________________

Num. de Teléfono del Trabajo: ________ Ext: ____ Num. SS: ________

Envíese Cuenta a esta Dirección ____________________

Relación: ________ Num. SS: ________

Nombre del Patrono: ________ Num. Lic: ________

3. SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: ____________________

Dirección de la Compañía Aseguradora: ____________________

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: ____________________

Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza Num.): ____________________

Nombre del Asegurado: ____________ Relación: ________

Fecha de Nacimiento del Asegurado: __/__/__

Num. SS del Asegurado: ____________________

Nombre del Patrono del Asegurado: ____________________

4. SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: ____________________

Dirección de la Compañía Aseguradora: ____________________

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: ____________________

Num. de Grupo (Plan o Num. de Póliza): ____________________

Nombre del Asegurado: ____________ Relación: ________

Fecha de Nacimiento del Asegurado: __/__/__

Num. SS del Asegurado: ____________________

Nombre del Patrono del Asegurado: ____________________

En caso de una emergencia ¿hay alguna persona cercana a usted a quien nos podamos dirigir?

Nombre: ____________ Relación: ________

Num. de Teléfono: ____________________
CASA TRABAJO

5. HISTORIAL MEDICO

¿Tiene Usted un Médico? ☐ **Si** ☐ **No**

Nombre del Médico: ____________________

Num. de Teléfono: ____________ Fecha de su última visita: __/__/__

CONTINÚA AL DORSO

6. HISTORIAL MEDICO *continúa*

Actualmente su salud física es: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Pobre

¿Está usted bajo el cuidado de algún médico? ☐ Si ☐ No

Expligue, por favor: ______

¿Usa usted algún medicamento por su cuenta? ☐ Si ☐ No

Favor de enumerar: ______

Para Mujeres: ¿Toma usted píldoras anti-conceptivas? ☐ Si ☐ No

¿Está usted embarazada? ☐ Si ☐ No Num. de Semanas: ______

¿Está usted lactando? ☐ Si ☐ No

¿Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problem médicos?

Si	No	Anemia / Tratamiento de Radiación	Si	No	Cirugía de Corazón / Marcapaso
Si	No	Huesos Artificiales / Coyunturas	Si	No	Hemofilia / Sangra con facilidad
Si	No	Válvulas Artificiales	Si	No	Hepatitis
Si	No	Asma / Artritis	Si	No	Presión Arterial Alta / Baja
Si	No	Yransfusión de Sangre	Si	No	SIDA / "HIV"
Si	No	Cáncer / Quimíoterapia	Si	No	Hospitalizado por alguna razón
Si	No	Defecto Congénito del Corazón	Si	No	Problemas del Riñón
Si	No	Diabetes / Tuberculosis (TB)	Si	No	Prolapso: Válvula Mitral
Si	No	Dificultades Respiratorias	Si	No	Problemas Psiquiátricos
Si	No	Abuso de Drogas / Alcohol	Si	No	Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina
Si	No	Enfisema / Glaucoma	Si	No	Dolores de Cabeza Severos / Frecuentes
Si	No	Epilepsia / Convulsiones / Desmayos	Si	No	Herpes Zoster / Culebrilla
Si	No	Ampollas / Herpes	Si	No	Sinusitis
Si	No	Ataque del Corazón / Derrame	Si	No	Ulceras / Colitis
Si	No	Soplo	Si	No	Enfermedades Venéreas

Por favor, enumere cualquier otra condición médica seria que haya padecido.

______

¿Es usted alérgico a alguna de los siguientes medicamentos?

Si	No	Anestésico Dental	Si	No	Eritomicina	Si	No	Penicilina
Si	No	Aspirina	Si	No	Latex	Si	No	Tetraciclina
Si	No	Codeína	Si	No	Otros			

Por favor, enumere cualquier otra medicamento al cual sea usted alérgico:

______

7. HISTORIAL DENTAL

Razón por la cual visita al dentista hoy: ______

¿Siente dolor? ☐ Si ☐ No

¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo? ☐ Si ☐ No

¿Ha sentido usted dolar o molestia en la coyuntura temporo mandibular (TMJ, TMD)? ☐ Si ☐ No

Actualmente su salud física es: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Pobre

¿Le gusta su sonrisa? ☐ Si ☐ No ¿Sangran sus encias? ☐ Si ☐ No

¿Cúantas veces al día usa el hilo dental? ______

¿Tipo de cepillo que usa? ☐ Duro ☐ Mediano ☐ Suave

A mi mejor entender, la información dad hoy es correcta. También entiendo que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a la oficina cambios en mi condición de salud. Autorizo al personal dental a practicar los servicious dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento.

Firma: ______ Fecha: ______

De no haber sido aprobado otro convenio, el total de su cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento.

Gracias por llenar este cuestionario completamente. El mismo ayudará a servirle efectivamente. Nos complacerá contestar sus preguntas.

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

USO OFICIAL USO OFICIAL **USO OFICIAL** USO OFICIAL **USO OFICIAL**

Yo he revisado verbalmente la información médica / dental que aparence arriba con el paciente aquí mencionado. Inciales: ______ Fecha: ______

Comentarios del Dentista: ______

HISTORIAL MEDICO AL DIA

1. Fecha: ______ Comentarios: ______ Firma: ______
2. Fecha: ______ Comentarios: ______ Firma: ______
3. Fecha: ______ Comentarios: ______ Firma: ______

American Dental Associates,Ltd./Archer Dental Specialists,Inc.
5342 S. Archer Avenue
_773-284-1645/773-284-8540_

Póliza de Expectativa de Pago:

Como una cortesía a usted, nuestros pacientes, aceptamos la mayoría de los seguros y enviaremos las reclamaciones a esos planes en su nombre. Para hacer esto de manera eficiente, es importante que tengamos la información precisa y completa sobre su cobertura de seguro. Es importante que todos los requisitos de su plan de seguro que se cumplan antes de la prestación de servicios, tales como referencias.

Es su responsabilidad de pagar por los co-pagos, deducibles y co-seguros requeridos por su plan de seguro, así como cualquier servicio no cubiertos por su plan de seguro. Estamos encantados de ofrecerle los servicios que necesitan, sin embargo, si su plan de seguro no cubre ciertos servicios, usted será responsable del pago. Si no hemos recibido el pago de su plan de seguro dentro de los 30 días después de la fecha del servicio, o el plan de seguro ha negado el pago en todo o en parte, nos reservamos el derecho de diferir el saldo pendiente a usted.

El pago se espera al momento del servicio, así como el saldo pendiente que usted podría deberle. Los pacientes sin seguro dental se requiere hacer el pago completo al momento del servicio, o para hacer otros arreglos antes del servicio. Aceptamos las siguientes formas de pago.

* Dinero en efectivo,
*Todas las mayor tarjetas de crédito
*Tarjetas de débito
*CareCredit

Le enviaremos mensualmente la factura a los saldos pendientes, y el pago debe realizado una vez recibido. Los saldos de las cuentas que no hayan sido pagados dentro de los 3 ciclos de declaración será entregada a una agencia de cobro autorizado. El pago de saldos pendientes se espera antes de que los nuevos servicios se realicen.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes políticas.

Paciente en Letra de Molde: ______________________________

Firma del Paciente: ______________________________ ***Fecha:*** ______________

American Dental Associates,Ltd./Archer Dental Specialists,Inc.
5342 S. Archer Avenue
773-284-1645/773-284-8540

Para ayudar a nuestra oficina a funcionar sin problemas le pedimos lo siguiente:

Formas de pago:
Todos los pagos deben hacerse antes de que los servicios se lleven a cabo. **No** se aceptan cheques personales.

Póliza de Cancelación:
Tenemos que ser notificados de la **cancelación con un mínimo de 24-horas para citas de 30-minutos y 4 días hábiles con anticipación para citas de 45-min, 1 hr o mas** o se le cobrará un cargo por cancelación de $20.00-$100.00, dependiendo de la duración de la cita agendada.

Seguro de Responsabilidad:
Una cuota de los beneficios y/o autorización no garantiza pago o verifica la elegibilidad. Pago de las prestaciones está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de miembro en el momento del servicio. Si usted tiene alguna pregunta por favor no dude en preguntar.

Los procedimientos de Depósito:
Se le requerirá un depósito de $ 20.00-$100.00 para mantener ciertas citas de 30-minutos, 45-min, 1-hr o mas dependiendo del procedimiento. Por favor pida que le aclaren si es necesario.

Póliza de Reembolso:

Los reembolsos se harán a nuestros pacientes, (cuando se considere necesario) en la forma o modo en que los pagos fueron hechos inicialmente después de que todas las declaraciones de seguro hayan sido despejadas, (aclaradas).

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes políticas.

Paciente en Letra de Molde: ______________________________

Firma del Paciente: ______________________________ **Fecha**:_____________

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

* You May Refuse to Sign This Acknowedgement*

I, ____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

____
Please Print Name

____
Signature

____
Date

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Other (Please Specify)

____

____

____

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved
Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.
This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.
THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS IMPORTANT TO US.

OUR LEGAL DUTY

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect April 14th, 2003 and will remain in effect until we replace it.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your Authorization: In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends: We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

Persons Involved In Care: We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

National Security: We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody of protected health information of inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or letters).

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. (You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. We will charge you a reasonable cost-based fee for expenses such as copies and staff time. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. If you request copies, we will charge you **$15.00** for each page, $________ per hour for staff time to locate and copy your health information, and postage if you want copies mailed to you. If you request an alternative format, we will charge a cost-based fee for providing your health information in that format. If you prefer, we will prepare a summary or an explanation of your health information for a fee. Contact us using the information listed at the end of this Notice for a full explanation of our fee structure.)

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April, 2003. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable cost-based fee for responding for these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations. (You must make the request in writing). Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. (Your request must be in writing and it must explain why the information should be amended). We may deny your request under certain circumstances.

Electronic Notice: If you received this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: **DHIRAJ SHARMA, D.D.S.**

Telephone: **773-284-1645** Fax: **630-423-9646**

E-mail: **drsharma@atooth.com**

Address: **5342 S. ARCHER AVE**

Address: **CHICAGO, IL 60632**

© 2002 American Dental Association

All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This form is educational only, does not constitute legal advice and covers only federal, not state law. (August 14, 2002)