

Drs. Meson and Azoulay
8383 Cherry Lane
Laurel, Maryland 20707
301-498-5320

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente _____ Nombre del Paciente _____ Hombre or Mujer _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____ Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social _____ - _____ - _____

de Casa _____ # de telefono celular _____ #de telefono de trabajo _____

Direccion de correo electronico _____

El Empleador _____ La Ocupacion _____

de Licencia de Conducir _____ Estado _____

Como se entero de nuestra oficina? _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ # Telefono _____

La Informacion paternal si el paciente es un menor

Apellido de Padres _____ Nombre de Padres _____

El Empleador _____ La Ocupacion _____

de Telefono de Trabajo _____ # de Licencia de Conducir _____ # de Seguro Social _____ - _____ - _____

INFORMACION DE SU SEGURO

Compania Primaria _____ # de Identificacion _____ # de Grupo _____

Direccion _____ # de Telefono _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social _____ - _____ - _____

Empleador de suscriptor _____ # de Telefono de suscriptor _____

Relacion de Suscriptor al Paciente Si Mismo _____ Conyuge _____ Padre _____ El Nino _____

Nombre de su medico _____ Telefono _____

Nombre de la farmacia _____ Telefono _____

- | S | N | La condicion |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangria anormal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso de Alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Valvula Cardiaca Artificial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulacion Artificial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfucion de Sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer o Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiopatía Congenita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugia Estetica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para Respirar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso de Drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Des Mayos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ampollas Febriles |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cefaleas Frecuenes |

- | S | N | La condicion |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH+Sida |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia al Polen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condicion Cardiaca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugia Cardiaca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertension |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Renales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Hepatica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presion Arterial Baja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de Valvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Psiquiatricos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de Radiacion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia de Celulas Falciformes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apnea del Sueno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la Tiroides |

- | S | N | La condicion |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugias de Transplante |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulcera |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Venerea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictericia Amarilla |

- | S | N | Alergia |
|--------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Aspirina |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codeine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestesia Dental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erythromycin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Joyeria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El Latex |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El Metal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Penicilina |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tetracycline |

Otro: _____

Por favor, conteste las siguientes:

- | S | N | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted fuma o usa tabaco? |
| La Altura _____ | | |
| El Peso _____ | | |

Si es mujer, por favor, conteste las siguientes:

- | S | N | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted esta tomando pastillas anticonceptivas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta embarazada? Numero de semanas ____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta amamantano? |

Medicamentos: Por favor, liste todos:

- | S | N | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hay alguna enfermedad, condicion o problema que usted cree que esta oficina deberia saber y no esta cubierto por las opciones proporcionadas arriba? En caso afirmativo, por favor describa abajo |

Firma

Fecha

Drs. Meson and Azoulay
8383 Cherry Lane
Laurel, Maryland 20707
301-498-5320

Gracias por seleccionar nuestra oficina. Estamos comprometidos a brindarles la mayor atención posible. Si tienen alguna pregunta en relación a los pagos para tratamiento, por favor sientase libre de discutirlo con nosotros. Haremos todo el esfuerzo para prevenir malos entendidos y conservar nuestra relación.

Los servicios se pagan el día del tratamiento. Si tiene seguro dental, los ayudaremos a que reciban el beneficio máximo que permita el seguro. Para poder obtener estas metas, necesitamos su ayuda en la comprensión de nuestra política de pago. Con gusto procesaremos sus reclamaciones primarias para su reembolso, como también aceptaremos lo que asigne el seguro. Con mucho gusto discutiremos su tratamiento que se le ha recomendado y contestaremos preguntas generales relacionadas con su seguro. Nuestra oficina tiene "información general" de su seguro, que no es específico ni es garantía de pago de beneficios. Por favor refiérase a su pamfletito de beneficios para la información específica, Usted debe, por lo tanto, extender eso.

-Su deducible, si alguno, "co-pago estimado" se pagan el día del servicio. No podemos garantizarles cantidades exactas que pague el seguro. Si hay alguna balanza después del seguro procesar tu reclamación, le enviaremos el estado de la balanza a usted. Las balanzas se pagan al momento de recibirlo y a balanzas vencidas por más de 60 añadan cargos por la cantidad de 1.5% mensual.

-El tratamiento que le damos es el mejor de acuerdo a sus necesidades y no el de su compañía aseguradora. Si tienen preguntas con relación a procedimientos específicos, favor discutirlo directamente con su compañía aseguradora o nos puede pedir que enviemos una preautorización a su seguro dental. Este proceso por lo general toma de 4 a 6 semanas y tiene que recibirse en la oficina antes del tratamiento.

-Las citas interrumpidas o faltas a citas, causan una pérdida de tiempo y sube el costo para todos. En un esfuerzo para reducir esto, habrá un cargo de \$35 por cada 30 minutos de cita perdidas. Esta política es bien estricta, así que, por favor tome su tiempo para escoger la hora de su cita. Una cita interrumpida se clasifica como falta a su cita, cancelaciones que no se hagan con 48 horas antes o tardanza que resulte en la incapacidad para completar el tratamiento.

-Si recibimos un cheque devuelto por fondo insuficiente o cuentas canceladas se le cargarán \$35 adicionales.

-Por favor entiendan que si por cualquier razón su cuenta hay que enviarles a una agencia de cobro, a su cuenta se le cargará 1/3 parte de la balanza total que se someta a dicha agencia.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o alguna inseguridad sobre lo que cubre su seguro, POR FAVOR discútalo con nosotros. Estamos para ayudarlos.

Firma

Fecha

**Drs. Meson and Azouay
8383 Cherry Lane
Laurel, Maryland 20707
301-498-5320**

Forma de Consentimiento de las Regulaciones del HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad en relacion a la informacion sobre mi salud. Estos derechos los tengo bajo HIPAA de 1996-Health Insurance Portability and Accountability Act. Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo a usar y a disponer de la informacion protegida sobre mi salud para:

Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto de otros proveyentes de salud involucrados en mi tratamiento:

Obtener pagos de otros (ej. mi co. aseguradora)

Operaciones diarias de salud

Tambien fui informado y me dieron el derecho de revisar y guardar una copia de informacion sobre Practicas Privadas, que contiene una mejor y completa descripcion de los usos de la disposicion de mi informacion de salud y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que ustedes se reservan el derecho de cambiar los terminos mencionados de vez en cuando y que puedo localizarlos en cualquier momento para poder obtener la copia mas recientes.

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones de como esta informacion sobre mi salud es usada para poder llevar a cabo mi tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud, pero, que no tienen ustedes que estar de acuerdo con dichas restricciones. Sin embargo, si ustedes estan de acuerdo con las restricciones, entonces estan obligadas a cumplirlas.

Entiendo que puedo revocar en cualquier momento este permiso por escrito. Sin embargo cualquier uso que ocurra antes de la fecha, que se revoco el permiso, este no sera afectado.

Tenemos permiso para:

Enviarle un recordatorio de la cita a su casa? Si _____ No _____

Dejar cuentas de citas o informacion dental en su grabadora, correo electronico? Si _____ No _____

Doy permiso para compartir citas, cuentas o Informacion dental con la persona o personas Mencionadas _____

Firmado hoy _____ de _____ del _____

Nombre paciente (letra de molde) _____

Relacion con paciente _____

Firma: _____