



Dr. Matthew Bergman, DMD

162 East 300 South
St George, UT 84770

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Informacion del paciente:

Prefieres recordatorios de citas por:

Correo electronico Telefono Texto

Fecha de hoy: _____ Como se enteraron de nuestra oficina: _____

Nombre del paciente: _____ Prefiere ser llamado?: _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado ____ Codigo Postal _____

Telefono de casa: _____ Telefono celular: _____ Telefono de trabajo: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____ Num de Seg Soc: _____ Sexo: Masculino Femenino

Correo electronico: _____

Parte Responsable (si es alguien que no sea el paciente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Initial: _____

Direccion: _____

Telefono de casa: _____ Telefono celular: _____ Telefono de trabajo: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____ Num de Seg Soc: _____ Sexo: Masculino Femenino

Correo electronico: _____

Parte responsable tambien es quien se encuentra en la poliza de seguro como titular.
 Titular de seguro secundario Titular de seguro primario

Informacion de seguro primario:

Nombre del asegurado: _____ Relacion del paciente al asegurado: Mismo Conyuge Hijo/a Otro

Seg. Soc. del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador: _____ Persona de contacto: _____ Telefono: _____

Compañia de seguro: _____ Numero de telefono: _____

de grupo: _____ # de ID del miembro: _____

Informacion de seguro secundario

Nombre del asegurado: _____ Relacion del paciente al asegurado: Mismo Conyuge Hijo/a Otro

Seg. Soc. del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador: _____ Persona de contacto: _____ Telefono: _____

Compañia de seguro: _____ Numero de telefono: _____

de grupo: _____ # de ID del miembro: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Nuestro equipo dental se enfoca principalmente en tratar el area dentro y alrededor de la boca, esta es parte de su cuerpo completo. Problemas de salud que tenga y/o medicamentos que este tomando podrian tener un interlazo importante con el tratamiento dental que se le va a proveer. Favor de contestar las siguientes preguntas.

Si responde "SI" a cualquier pregunta, favor de explicar, dar detalle.

- ¿Esta bajo el cuidado de un doctor medico actualmente? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operacion grande? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Ha sufrido golpe o trauma a su cuello o cabeza? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Toma medicamentos, pastillas o drogas? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Toma, o alguna vez tomo, Phen – Fen o Redux? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Tiene alguna dieta especial? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Usa algún producto de tabacoo? Si No Favor de explicar: _____
- ¿Usa sustancias controladas? Si No Favor de explicar: _____

Mujeres: ¿Estas...?

¿Embarazada/ Tratando? Si No ¿Tomando anticonceptivos orales? Si No ¿Amamantando? Si No

Es alergico a alguno de los siguientes (seleccione todo lo que aplique):

- Aspirina Penicillina Codeina Acrilico Metal Latex Anestecia Local Sulfa
- Ninguna alergia conocida Otra, por favor explique: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA/VIH Positivo	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos de	
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presion alterial alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Perdida de peso	
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Adiccion a drogas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Colesterol Alto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Se le va el aire rapido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ronchas o sarpullido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dialisis renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/ Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hypoglicemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumatica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Corazon Artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido irregular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Valvula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas renales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas de	
Articulacion artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Mareos/ desmayos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad hepatica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Necesidades	
Enfermedad Sanguínea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presion arterial baja	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	especiales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusion de sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Pulmonar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de valvula metrial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problema intestinal/estomago	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretea facilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genitales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor de mandibula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Derrame cerebral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cancer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad paratoroidea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón de extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimoterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre de heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores del pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque cardiaco	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anginas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ampoyas de fiebre/ Fuegos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La culebrilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Desorden congénito del corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marcapasos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Falci forme	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
		Enfermedad cardiaca	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
		Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			Enfermedad veneria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
		Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			Icterus/ Jaundice	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Comentarios: _____

A mi mejor conocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas actual y corectamente. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio medico que suceda.

Firma del paciente, padre o guardian: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento para tratamiento y acuerdo de pago

Yo autorizo al Dr. Matthew Bergman y/o personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotos y otras ayudas diagnósticas consideradas necesarias para hacer un diagnóstico adecuado de mis necesidades dentales.

Tras dicho diagnóstico, autorizo al Dr. Matthew Bergman, realizar todo el tratamiento recomendado que se haya acordado mutuamente y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar el cuidado adecuado.

Estoy de acuerdo con el uso de anestésia y medicamentos según sea necesario. Entiendo completamente que el uso de agentes anestésia representa ciertos riesgos y que puedo pedir un relato completo de posible complicaciones.

Acepto ser responsable del pago de todos los servicios proveidos en mi nombre o de mis dependientes. **ENTIENDO QUE EL PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DE SERVICIO.**

Entiendo que un cargo de \$50 se cobrará si no me presento o cancelo mi cita sin previo aviso de 24 horas.

Entiendo que las citas que requieren más de una hora tendrán una tarifa de \$75 que no sera reembolsable si no me presento o cancelo sin 48 horas de previo aviso.

Entiendo que se cobrara una tarifa de 20% para reservar citas de mas de 2 horas, si no me presento a mi cita esta cantidad no será reembolsable.

Entiendo que después de 3 citas perdidas/canceladas uno puede ser dado de alta como un paciente de Red Hills Dental

Yo entiendo que Red Hills Dental cobrara \$25 por cheques devueltos. Si esto sucede cheques personales ya no serán aceptados como una forma de pago para mí o mis dependientes. Todos los pagos futuros tendrán que ser cash, money order o tarjeta de crédito/debito.

Consentimiento de privacidad del paciente

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos me son dados bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPPA).

Entiendo que al firmar este consentimiento, doy autorización para usar/divulgar mi información protegida para llevar a cabo:

Tratamiento (esto incluye tratamiento directo o indirecto de otros proveedores involucrados en mi tratamiento)

Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)

Las operaciones de salud de dia a dia de Red Hills Dental.

También he sido informado de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que usted puede cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactarlo en cualquier momento para obtener la copia más actual de la notificación.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica; pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se haya producido antes de la fecha en la que revoque este consentimiento no se verá afectado.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE FORMULARIO. POR LA PRESENTE ACEPTO CUMPLIR CON LAS CONDICIONES DESCRITAS AQUÍ.

Nombre del paciente: _____ Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Pólizas Financieras Y Declaración Federal de Verdad en Préstamo

Como condición de tratamiento en esta oficina, arreglos financieros deben ser hechos antes de cualquier examen, tratamiento o procedimiento.

Entiendo que **EL PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO** para cualquier servicio dental proveído.

Red Hills Dental acepta efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito como formas de pago aceptables. Para aquellos pacientes que necesiten planes de pago extendido, podemos considerar el financiamiento de terceros a través de varias compañías externas. Como condición de esta financiación, con su permiso, Red Hills Dental enviará la solicitud de crédito desde nuestra oficina. Entiendo que para obtener financiamiento se requerirá un reporte de crédito. Una vez que se ha establecido la financiación, entiendo que es un contrato entre la compañía financiera y yo. NO con Red Hills Dental. Entiendo que soy responsable de asegurar que todo pago se haga por todas las cantidades debidas a Red Hills Dental. Toda pregunta acerca de la cuenta, los pagos y el servicio de cuenta se harán con la compañía financiera y no Red Hills Dental. Financiación en la oficina sólo se considerará para los pacientes bien establecidos y se determinará caso por caso ya que NO es una práctica común.

Aunque el seguro dental puede ser aplicable, entiendo que todos los servicios que se hagan, se cobraran directamente a la parte responsable que esta en el formulario de registro del nuevo paciente y que él/ella es personalmente responsable del pago. Como cortesía, Red Hills Dental puede ayudar en la preparación de cualquiera y todos los formularios necesarios para la aseguranza. Red Hills Dental no rinde servicios la suposicion de que todos los cargos al paciente serán pagados en su totalidad por una compañía de seguros.

Un cargo de servicio de \$10 por mes se cobrara a cualquier saldo/balance a partir de treinta (30) días despues de la fecha inicial. A cualquier saldo no pagado después de sesenta y cinco (65) días se cobrara una cantidad de \$100 y el balance no pagado será referido a una agencia de coleccion o un abogado para obtener el pago.

Cualquier estimado de precio indicada para la atención dental solo puede ampliarse por un período de 90 (90) días a partir de la fecha en que se proporciona la estimación escrita. red Hills dental

En consideración por los servicios profesionales prestados al paciente (s) por red Hills dental., acepto pagar el valor facturado de dichos servicios ya que se deben a las colinas rojas dental, en ese momento dichos servicios se procesan o en un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la facturación si se amplía el crédito. Además, acepto que una renuncia o cualquier incumplimiento de cualquier momento o condición en virtud del presente no constituirá una renuncia a cualquier término o condición adicional, y también acepto pagar todos los costos de cobro y honorarios razonables de abogados si se instituye la recaudación para cobrar el dinero adeudado por mí, incluidos cargos o comisiones de hasta el 50 por ciento (50%) que pueden ser evaluados por cualquier agencia de cobro o abogado retenido para perseguir colecciones.

Le concederé mi permiso a red Hills dental y/o sus agentes para telefonear en casa o en mi lugar de trabajo para discutir asuntos relacionados con colecciones de cuentas vencida y/o facturación. También acepto permitir que los mensajes se dejen en relación con citas y/o resultados en mi contestador automático o con un miembro de la familia.

Autorizo la asignación o el pago de todos los beneficios dentales y/o quirúrgicos a los que yo u otros miembros de la familia tienen derecho, incluyendo el seguro dental privado y otros beneficios del plan de salud grupal de otra manera pagaderos a los suscritos a red Hills dental

I CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS FORM. I HEREBY AGREE TO ABIDE BY THE CONDITIONS OUTLINED HEREON.

Signature of patient, parent or guardian

Relationship to patient:

Date:

