



**REGISTRO FORM Seccion I:**

**Informacion Del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono Del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono Movil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Menor  Soltero  Casado  Viudo  Apartado  Divorciado

Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono Del Trabajo: \_\_\_\_\_

Quien te ha referido? \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Quieres recibir nuestro boletin?  Si  No

**Seccion II Persona Responsable (Si no eres tu)**

Persona Responsable:  Yo  Esposa  Padre  Otra

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Telefono Del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_

**Seccion III Informacion del Seguro (Si no tienes, pase seccion)**

Nombre Del Principal: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Trabajo Del Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion Del Empleado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Compania De Seguras: \_\_\_\_\_ Numero Degrupo #: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

Direccion De La Compania De Seguros: \_\_\_\_\_

Telefono De La Compania De Seguros: \_\_\_\_\_



**Seccion IV**

**Historia Dental**

Nombre: \_\_\_\_\_

Motiva de la vista de hoy: \_\_\_\_\_

Cuando fue tu ultima limpieza: \_\_\_\_\_

Compreube si tiene alguno de los siguientes problemas:

- Sangrado de las encias
- Rechinar los dientes
- Llegas en la boca
- Haciendo clicl o stellar la mandibular
- Dientos flojos o rellenos rotos
- Dientes Rotos

Hay algo acerca de la apariencia de sus dientes con los que no está satisfecho o le gustaría mejorar?  
\_\_\_\_\_

**Seccion VI Medicamentos**

Liste los medicamentos que esta tomando:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Seccion VI Alergias (Si ninguno, marque ninguno)**

- Ninguno
- Latex
- Barbituricos (Sleeping Pills)
- Codeina
- Anestesia Local
- Aspirina
- Penicilina
- Sulfa
- Alergias a los metals

Otra \_\_\_\_\_

La informacion anterior es exacta y complete segun mi mayor conocimiento. No responsabilizare a mi dentista o ningun miembro de su personal por los errors o omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Seccion V**

**Historial Medicoa**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Del Medico: (Si ninguno, marque ninguno): \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de los medicos: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna enfermedad o operacion grave? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, sirvase describir y fecher: \_\_\_\_\_

Ha tenido un historialde radioterapia?  Si  No Fechas, si corresponde: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido una transfusion de sangre?  Si  No Fechas, si corresponde: \_\_\_\_\_

Estas tomando anticoagulants? (Aspirin, Plavix, Coumadin etc.) \_\_\_\_\_

(Mujer) Estas embarazada?  Si  No Cuantos meses? \_\_\_\_\_ Estas tomando anticonceptivos?  Si  No

Estas tomando bifosfonatos? (Actone, Fosamax) \_\_\_\_\_

Compruebe si tiene alguno de los siguientes: **Si ninguno, marqu ninguno.**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Problema Hipatico              | <input type="checkbox"/> Marcapasos                   | <input type="checkbox"/> Dialisis            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                | <input type="checkbox"/> Herpes                       | <input type="checkbox"/> Fiebre rheumatica   |
| <input type="checkbox"/> Valvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Desmayo                                  | <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea       | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata    |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificial   | <input type="checkbox"/> Sopio cardiac                            | <input type="checkbox"/> VIH Positivo                 | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Hemophilia                               | <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvua mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda        | <input type="checkbox"/> Carrera                                  | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo            | <input type="checkbox"/> SIDA                |
| <input type="checkbox"/> Cancer                      | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon – Describir: _____ |   |  |

Fumas? Si/No Cuanto por dia? \_\_\_\_\_

Otra/Notas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del doctor: \_\_\_\_\_

**Usa de la oficina solamente abajo:**

La liberacion medica necesaria? \_\_\_\_\_ Numero de telefono del medoco #: \_\_\_\_\_



### **Consentimiento del paciente**

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por usted de su Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento en la dirección a continuación para obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada es demandada o revelada para realizar tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Persona responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

2425 Brunello Trace Lutz, FL 33558

[luminasmiles@gmail.com](mailto:luminasmiles@gmail.com) 813-406-4848



### **Financial Policy**

En consideración por realizar mi cuidado, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Acepto la plena responsabilidad financiera por los servicios que me proporciona Lumina Dental y entiendo que el pago se debe realizar en el momento del servicio o antes. Esto incluye visitas de emergencia para mí o cualquiera de mis dependientes, o al inicio del servicio bajo un plan de tratamiento que yo o mis dependientes hemos solicitado.

Si tiene un seguro, le proporcionaremos una estimación de lo que creemos que su compañía de seguros probablemente pagará y cobrará la diferencia de usted. Entiendo que mi compañía de seguros puede no cubrir todos los saldos necesarios y puede enviar el cheque a la parte equivocada. En el caso de que la compañía de seguros por error me envíe un cheque de reembolso a mí por servicios que fueron prestados pero no pagados previamente, endosaré el cheque a Lumina Dental dentro de los 5 días hábiles de dicho pago. Se le facturará cualquier cantidad no pagada por la compañía de seguros. El pago se espera a la recepción de la declaración. Si el pago no se paga de manera oportuna, nos reservamos el derecho de procesar el pago completo en su plan de pago preestablecido.

(\_\_\_\_\_) **Iniciales**

Si la compañía de seguros paga más de lo que esperábamos, tendrá un crédito en su cuenta. Le enviaremos por correo una declaración informándole del crédito. Puede mantenerlo en su cuenta o podemos devolverlo a usted. Todas las reclamaciones de seguro pendientes deben ser recibidas antes de que podamos emitir cualquier reembolso. Espere 6-8 semanas para su procesamiento.

Intentaremos organizar el pago de su compañía de seguros por un máximo de 60 días. Después de 60 días, usted es completamente responsable de cualquier saldo en su cuenta, sin importar si su compañía de seguros nos ha pagado o no

Entiendo que todas las reclamaciones de seguro de tratamiento que recibo de Lumina Dental están siendo presentadas por Lumina Dental con mi autorización como cortesía para mí y están sujetas a revisión por mi compañía de seguros. Entiendo que Lumina Dental presentará una reclamación con mi aseguradora hasta dos veces por cita y que cualquier otra apelación de seguro es únicamente mi responsabilidad. También reconozco que soy el único y en última instancia responsable de pagar todos los cargos no cubiertos por mi seguro por cualquier razón, incluyendo, pero no limitado a, mi seguro que niega cobertura para cualquier procedimiento, deducibles de póliza, máximo anual de póliza o beneficios de por vida excedidos. Seguro pagando una cantidad por un procedimiento basado en su programa de beneficios habitual y habitual que es menor que los cargos cobrados por Lumina Dental para tal procedimiento y Lumina Dental no recibiendo el pago dentro de los 60 días del procedimiento



que se está realizando aunque estoy apelando la denegación De los beneficios del seguro por mi compañía.

Entiendo que si opto por interrumpir el tratamiento para un procedimiento requerido debe ser completado por Lumina Dental, incluyendo, pero no limitado a, dentaduras parciales, coronas, puente, trabajo quirúrgico preparatorio, impresiones, seré responsable de pagar todos los costos de materiales. Facturas y servicios, incluyendo la administración y los honorarios asociados con el tiempo de la silla, que fueron proporcionados para mi beneficio antes de mi decisión de interrumpir dicho tratamiento y que todos los costos y descuentos dados serán deducidos de cualquier reembolso que pueda tener derecho como resultado De cualquier prepago por los servicios solicitados.

**Las citas canceladas también pueden dar lugar a cargos administrativos que se cargarán al plan de pago que se creó para usted.**

Entiendo que si un cheque, o cualquier instrumento, o cualquier autorización electrónica o deuda enviada o entregada a Lumina Dental para el pago no se honra en la primera presentación, independientemente de la razón, incluso si el cheque, el instrumento o la autorización electrónica se honra más tarde , Se me cobrará un cargo por servicio. El cargo es actualmente de \$ 25.00 y está sujeto a cambios sin previo aviso.

Cuando reservamos tiempo para su cita, hacemos espacio en nuestro horario para que podamos dedicar nuestro tiempo y enfocar nuestros esfuerzos en atender sus necesidades. Las cancelaciones tardías nos obligan a tener tiempo vacío en nuestro horario cuando podríamos haber estado ayudando a otro paciente. Hay un cargo de \$ 40.00 por citas reservadas rotas o cambiadas sin un aviso de 48 horas para odontología general y un cargo de \$ 250 reservado para nuestras citas de Especialista sin una notificación de 48 horas.

**Iniciales (\_\_\_\_)Entiendo que los niños menores de edad no están permitidos en los operarios. Ellos son bienvenidos a esperar en el vestíbulo mientras está acompañado por un adulto.**

**Iniciales (\_\_\_\_)Entiendo que el cargo por copias de rayos X e información sobre el tratamiento es actualmente de \$ 15.00 y está sujeto a cambios sin previo aviso.**

---

Nombre del paciente

---

Firma o tutor

Fecha

2425 Brunello Trace Lutz, Fl 33558

[luminasmiles@gmail.com](mailto:luminasmiles@gmail.com) (813)406-4848

04/2017