



# CLEAR SMILES DENTAL

Bienvenido y gracias por haber elegido Clear Smiles Dental. Nos gustaría aprovechar la oportunidad para presentarle nuestras clínicas dentales y para ayudarle a que su visita sea lo más cómoda posible. La primera visita de un adulto durará aproximadamente 90 minutos. Por favor, traiga un documento de identidad con foto y cualquier tarjeta de seguros que posea. La Comisión de Comercio Federal obliga a todos los pacientes adultos a presentar un documento de identidad con foto para evitar la usurpación de identidad.

## Formulario para nuevos pacientes:

Le solicitamos que nos proporcione el formulario de registro, el historial médico y el documento de HIPPA. Por favor **COMPLÉTELOS ANTES DE VENIR** para ahorrar tiempo en su primera visita.

## Política financiera:

Clear Smiles Dental presentarán las declaraciones del seguro para todas sus visitas a la clínica. No es responsabilidad de Clear Smiles Dental saber cuál es la póliza de su seguro. Si existe una cantidad que abonar o un copago, deberá realizarse en el momento de la visita. Cualquier cantidad no abonada por su seguro será de su responsabilidad. Aceptamos efectivo, tarjeta de débito, de crédito o CareCredit.

## Citas y política de cancelación:

Clear Smiles Dental hacen todo lo posible para concertar las citas en horarios que le vengan mejor. Abrimos a las 8:30 am todos los días y estamos abierto hasta tarde para que pueda acudir a nuestras oficinas. En algunas ocasiones puede haber retrasos debido a urgencias o a la aparición de un problema más serio que requiere una atención inmediata. Puede estar seguro de que hacemos todo lo posible por respetar su tiempo y proporcionarle la atención que merece.

Clear Smiles Dental le piden que, si no puede acudir a una cita, nos lo avise con 24 horas de antelación. En el caso de no presentarte o de cancelar el mismo día, se podrá aplicar una tarifa de \$25.00.

## Presupuesto del tratamiento

Antes de iniciar cualquier tratamiento, consultamos con nuestros pacientes si entienden perfectamente la necesidad del procedimiento que se llevará a cabo y el coste estimado del tratamiento. Como en cualquier otro aspecto sanitario, si se descubriera un problema más serio podrían alterarse los procedimientos propuestos. Le informaremos siempre de cualquier cambio que se realice, de las opciones que se le plantean y del impacto en el precio del tratamiento.

Muchas gracias por haber elegido Clear Smiles Dental para que nos ocupemos de su salud dental. Nos esforzamos en tener la sensibilidad con nuestros pacientes siempre, en ser empáticos y entender sus necesidades físicas y emocionales. Todo lo que queremos es ofrecerle a cada paciente el mejor cuidado dental respetando todos los aspectos, actualizando constantemente nuestro conocimiento y nuestros métodos.

Esperamos ser su dentista y su amigo.

El equipo de Clear Smiles Dental

## Política en caso de cancelación o de no acudir a una cita

Nuestro objetivo es proporcionar citas puntuales y es por eso, tenemos que tener una política de cancelaciones. De esta manera podemos utilizar mejor las citas disponibles con nuestros pacientes que sufren dolores agudos y que requieren de una atención inmediata.

### Cancelación de una cita:

Como muestra de respeto a las necesidades médicas de los demás pacientes, llame lo antes posible cuando sepa que no puede acudir a una cita. Su hora se le dará a alguien que necesite un tratamiento urgente. Deberá cancelar cualquier cita programada un máximo de 24 horas antes de su cita. Le agradeceremos también si llama en la mañana. Tenemos muchas solicitudes para citas y si cancela pronto le dará la posibilidad a otra persona de tener acceso a un tratamiento.

### Cómo cancelar su cita:

Para cancelar cualquier cita, por favor llame al 954-505-3269. Si no responden en recepción, puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz. Si quiere cambiar el horario de su cita, asegúrese de dejar su número de teléfono y de decirnos cuándo podemos volver a llamarle.

### Política en caso de no acudir a una cita:

Se considera que una persona no acude a su cita cuando no se presenta sin haber llamado 24 horas antes para cancelar. Se trata de un inconveniente para aquellas personas que necesitan un tratamiento urgente, así como para el médico. Cada vez que se presente esta situación se registrará en el historial del paciente como "no acudió". La primera vez que esto ocurra, el paciente no deberá abonar nada. Las veces sucesivas tendrá que abonar una suma de \$25.00 en el caso de citas normales y \$50.00 para intervenciones. Se solicitará un formulario de autorización para la tarjeta de crédito o un depósito de \$50.00 para futuras citas. Si el paciente no acude a una cita 3 veces se le podrá solicitar abandonar el tratamiento.

### Sólo efectivo:

Si no le quiere utilizar una tarjeta de crédito, tras la primera vez que no se presente a una cita, se le solicitará un depósito en efectivo de \$25.00 para concertar nuevas citas y uno de \$50.00 para concertar cualquier intervención. Esta suma se le cobrará en la factura del día de la cita y cualquier otra suma pendiente se le devolverá en este mismo día. No se aceptan cheques.

### Cancelaciones con retraso:

Las cancelaciones con retraso se considerarán "no acudió". Sólo habrá excepciones en circunstancias excepcionales. No se realizará ningún cargo por cancelación en caso de cancelar hasta 24 horas antes de la cita.

Entiendo estas normas y autorizo a Clear Smiles Dental a que apliquen los cargos de cancelación y por no presentación a una cita y como se presentan anteriormente en la tarjeta de crédito que aparece más abajo.

Paciente (o responsable financiero)

Fecha

Nombre en mayúsculas



Datos de la tarjeta de crédito

Número

Fecha de caducidad

## Formulario de consentimiento y aceptación del paciente de Clear Smiles Dental

En vigor desde el 14 de abril de 2003, la nueva ley federal conocida como ley de portabilidad de seguros sanitarios y responsabilidad de 1996 (HIPPA), estipula que esta clínica debe mantener la privacidad de la información que nos haya proporcionado y que nos proporcionará en el futuro.

Cumpliendo con uno de los puntos del HIPPA, le proporcionamos nuestras prácticas sobre privacidad (encontrará una copia en la clínica). Este documento contiene la información que el HIPPA nos solicita en lo que respecta al respeto de la privacidad.

La ley actual de Florida estipula que (además de obtener su aceptación escrita, tal y como se cita anteriormente) tenemos que obtener en primer lugar su consentimiento antes de recibir cualquier información por su parte, exceptuando información sobre: defensa sobre una queja realizada sobre nuestras competencias profesionales; funciones de revisión de la entidad; una reclamación por pago de tarifas; un examen de terceras partes pagadoras de nuestros archivos; una orden judicial en el marco de la investigación de un delito; identificación de un cadáver; investigación profesional o por abuso/negligencia de menores.

En ocasiones necesitaremos cierta información para algunos tratamientos. Por ejemplo, podremos pedirle que consulte a otros dentistas o profesionales dentales, que acuda a un laboratorio para analizar muestras o que nos proporcione información en relación a la coordinación del tratamiento.

### Consentimiento/aceptación del paciente

Por favor, firme este formulario para aceptar que se le ha mostrado una copia de las prácticas sobre privacidad y que consiente proporcionarnos la información que consideremos necesaria para ofrecerle un tratamiento adecuado.

Acepto que se me ha mostrado una copia del documento de privacidad (disponible en nuestra oficina). Acepto además proporcionarles la información que consideren necesaria para mi tratamiento. Entiendo que esta información puede no ser como la citada anteriormente.

Firma del paciente  
(de los padres, si es menor)

Fecha

Nombre en mayúsculas

### Para uso exclusivo del Clear Smiles Dental

El paciente no quiso firmar Las siguientes circunstancias le impidieron firmar al paciente: Una urgencia le impidió firmar al paciente.

Trabajador (Firma)

Fecha

Nombre del Trabajador  
(letras de molde)

## Agreement to Receive Electronic Communication

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**(Initial below)**

I \_\_\_\_\_ DO AGREE

I \_\_\_\_\_ DO NOT AGREE

That the dental practice may communicate with me electronically at the email address and/or mobile phone number listed below.

I am aware that there is some level of risk that third parties might be able to read unencrypted emails. I further agree that I am responsible for providing the dental practice any updates to my email address and/or mobile phone number.

My most preferred method of electronic communication:

**(Initial below)**

—

X Text Messaging

Email

I would like to receive:

Appointment Reminders/Recall Visits

Information regarding insurance/billing

Requests for Patient Satisfaction online reviews

**I can withdraw my consent to electronic communications at anytime by calling: Clear Smiles Dental | 954-505-3269 [info@amicusdentalcenters.com](mailto:info@amicusdentalcenters.com)**

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Historial médico

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Aunque el tratamiento dental cubre en principio el área de la boca y alrededores, ésta forma parte de todo su cuerpo. Cualquier problema de salud que tenga o cualquier medicación que esté tomando puede tener un efecto importante en el tratamiento dental que reciba. Muchas gracias por responder a lo siguiente.

SI NO

- ¿Está recibiendo algún tratamiento médico? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido hospitalizado o ha recibido una cirugía importante? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sufrido algún daño importante en la cabeza o cuello? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando alguna medicación? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado alguna vez o está tomando Phen-Fen o Redux?
- ¿Se está sometiéndose a alguna dieta especial?
- ¿Fuma?
- ¿Usa sustancias legales?
- ¿Necesita alguna medicación especial? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- (MUJERES) ¿Está embarazada o intentando quedarse embarazada?
- (MUJERES) ¿Tomando anticonceptivos orales?
- (MUJERES) ¿En período de lactancia?

¿Es alérgico a lo siguiente?

- Aspirina    Penicilina    Codeína    Acrílicos    Metal    Látex    Anestesia local  
 Otros, En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Sufre o ha sufrido alguna vez...?

- | SI                       | NO                       | SI                       | NO                       | SI                       | NO                       |                               |                              |                          |                          |                             |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA/VIH positivo             | Sangrado excesivo            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades pulmonares     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alzheimer                     | Sed excesiva                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso mitral             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anafilaxis                    | Desmayos/Mareos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor articular. mandíbula  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia                        | Tos frecuente                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades paratiroideas  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina de pecho               | Diarrea frecuente            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento psiquiátrico    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis/Gota                 | Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento con radiación   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvula cardíaca artificial   | Herpes genital               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reciente pérdida de peso    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulaciones artificiales   | Glaucoma                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diálisis renal              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma                          | Rinitis alérgica             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades sanguíneas       | Infarto/Fallo cardíaco       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumatismo                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión sanguínea         | Soplo                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escarlatina                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios       | Marcapasos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Moretones fáciles             | Problema cardíacos           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia falciforme           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer                        | Hemofilia                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quimioterapia                 | Hepatitis A                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Espina bífida               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de pecho              | Hepatitis B o C              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enferma. estómago/intestino |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras bucales/Flemones      | Herpes                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embolia                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca congénita | Tensión arterial alta        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inflamación. extremidades   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones                  | Urticaria o picores          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del tiroides     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toma cortisona                | Hipoglicemia                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anginas                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                      | Latido irregular             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adicción a las drogas         | Problemas renales            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores o bultos            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatiga fácil                  | Leucemia                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema                      | Enfermedad hepática          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia o Convulsiones      | Tensión arterial baja        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictericia                   |

¿Alguna vez ha sufrido alguna enfermedad importante que no aparezca anteriormente?  Si  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Según mis conocimientos, he respondido a las preguntas de este formulario de manera correcta.

Entiendo que no proporcionar información incorrecta podría ser peligroso para mi salud o la del paciente.

Es mi responsabilidad informar a la clínica dental si se produjese cualquier cambio.

Firma del paciente, padres o tutor legal

Fecha

## Registro del paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ El paciente es:  Parte responsable  Titular póliza

### Responsable: (si es distinto al paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de seguridad social: \_\_\_\_\_ N° de carnet de conducir: \_\_\_\_\_

Responsable de la póliza del paciente  Primer titular de la póliza  Segundo titular de la póliza

## Información del paciente:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Inicial intermedia:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección 2:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono trabajo:** \_\_\_\_\_

**Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_ ¿Puede recibir SMS este n°? Sí  No

Sexo:  Mujer  Hombre Estado civil.:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **N° Seguro Social** \_\_\_\_\_ **N° carnet conducir:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_  Me gustaría recibir correspondencia por e-mail

## Información del paciente (Parte 2):

Empleo:  Tiempo completo (full-time)  Medio Tiempo (part-time)  Autónomo  Jubilado  Desempleado

Estudiante:  Tiempo completo (full-time)  Medio Tiempo (part-time)

Dentista preferido: \_\_\_\_\_ Higienista preferido: \_\_\_\_\_ Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_ ID Medicaid: \_\_\_\_\_

## Información primaria del seguro:

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado  Soy yo  Cónyuge  Hijo  Otros

ID Empresario: \_\_\_\_\_ ID Carrera: \_\_\_\_\_

Nº de seguridad social del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Empresario: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado  Soy yo  Cónyuge  Hijo  Otros

ID Empresario: \_\_\_\_\_ ID Carrera: \_\_\_\_\_

Nº de seguridad social del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Empresario: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_