



Souderton Office
 775 Route 113
 Souderton, PA 18964
 215-723-2162

Harleysville Office
 181 Main Street
 Harleysville, PA 19438
 215-723-1109

REGISTRACION:

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 SS #: ____ - ____ - ____ Otro Nombre que prefiere: _____ Genero: M / F
 Estado Civil: S / C / D / V Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____ Correo Electrónico _____
 Encierre en un Círculo el Teléfono de Preferencia: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
 ¿Desea recibir mensaje de texto como recordatorio? Si / No - ACuál oficina prefiere ir? _____
 Empleador: _____ Posición a cargo: _____

Nombre de la persona/Miembro familiar responsable de los pagos en esta cuenta: _____

Dirección de la persona responsable de los pagos _____

SEGURO:

COBERTURA PRIMARIA DEL SEGURO DENTAL

Nombre del Subscriptor: _____ Relación con el Paciente: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 SS # (Requerido): ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento (Requerido): ____ / ____ / ____
 Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____
 Compañía de Seguro Médico: _____ Grupo #: _____ Empleado #: _____

Por favor proporcione su tarjeta de seguro para nuestros registros.

COBERTURA SECUNDARIA DEL SEGURO DENTAL

Nombre del Subscriptor: _____ Relación con el Paciente: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 SS # (Requerido): ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento (Requerido): ____ / ____ / ____
 Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____
 Compañía de Seguro Médico: _____ Grupo #: _____ Empleado #: _____

Por favor proporcione su tarjeta de seguro para nuestros registros.

*Uso Oficina: Tipo de Facturación: _____ Prefiere al Dr: _____ Identificación Clínica: _____

* Seguro: Escanear Tarjeta: _____ Entrar en Dentrax: _____ EC Notación: _____

*A Quien Podemos agradecer por remitirlo(a) a nuestra oficina?

Firma del Paciente/ Padre/ Representante Legal: _____ Date: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____



Souderton Office
775 Route 113
Souderton, PA 18964
215-723-2162

Harleysville Office
181 Main Street
Harleysville, PA 19438
215-723-1109

Póliza Financiera

Nuestro compromiso con usted es proporcionar una experiencia centrada en el paciente cada vez que nos visite. Deseamos pacientes que se preocupan de su cuidado y se encargan de su propia salud. Vamos a hacer lo mejor para educarlo sobre sus necesidades y proporcionar opciones para ayudarlo a tomar sus propias decisiones con respecto a su tratamiento dental.

SEGURO MEDICO: Nuestra visión para con usted, es tenerle presente en sus necesidades y nos agrada poder presentar sus reclamos de seguro médico, trabajar con dedicación para maximizar beneficios en su nombre, y presentar reestimaciones para ciertos procedimientos. **Sin embargo, la responsabilidad financiera de todo el tratamiento dental permanecerá con usted, como nuestro paciente.**

Estamos en **IN- NETWORK** con las siguientes compañías de Seguro Médico: **Iniciales:** _____

- Delta Dental Premier Plan
- Cigna PPO

Estamos fuera de **OUT- OF -NETWORK** con las otras compañías de Seguro Médico. **Iniciales:** _____

El caso de cada paciente es único y hacemos todo lo posible para trabajar con usted como individuo para personalizar y planear un tratamiento con arreglos financieros que sea cómodo para usted.

Es necesario pagar por todo el tratamiento dental en el momento de su visita. Cualquier otro arreglo, debe hacerse con anticipación a la cita médica.

- Usted debe pagar su parte en el momento de su visita usando efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover o American Express, incluidas las cuentas de HSA y FSA.
- Los arreglos se pueden hacer por adelantado con financiamiento libre de intereses a través de Care Credit.
- Para aquellos pacientes que tienen beneficios de seguro, estimaremos con anticipación, la porción que no está cubierta por el seguro. Se le informará de su copago al momento en que se prestan los servicios.
- **Tenga en cuenta que su pago a través del seguro, no es garantizado, pero es solo un estimado.**
- Puede configurar pagos automáticos con tarjeta de crédito para planes de pago a plazos pre-acordados.
- Se aplicará una tarifa de estado de cuenta de \$5.00 mensualmente para las cuentas no pagadas en su totalidad.

Asigno a mi dentista, todos los beneficios del seguro dental a los que tengo derecho en la medida permitida por mi seguro dental.

Este formulario también autoriza a esta oficina dental para presentar reclamos de cobertura de seguro y recibir pagos directamente de la compañía de seguros a través de la notación "FIRMA EN ARCHIVO."

Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mí o a mis dependientes.

He leído y acepto la Política Financiera de Weaver, Reckner & Reinhart Dental Asociados

Firma del Paciente/Padre/ Representante Legal,

_____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Información Médica:

Nombre del Medico _____ Teléfono del Medico _____

¿Está bajo el cuidado de algún especialista? *En caso afirmativo, por favor enumere a continuación:*

Nombre del Especialista _____ Condición Médica Tratada: _____

Nombre del Especialista _____ Condición Médica Tratada: _____

Si ha sido hospitalizado en los últimos 5 años, ¿cuándo y por qué razón? _____

¿Alguna vez ha sido medicado para el tratamiento dental? *En caso afirmativo, ¿por qué razón?* _____

¿Alguna vez ha tenido alguno de las siguientes condiciones? (Por favor, circule/indique la opción específica que se aplica en su caso)

Condición		Condición			
Si	No	Si	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al Corazón	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murmullo en el Corazón	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	Epilepsia/Convulsiones/Desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía cardíaca/Bypass	Ampollas de Fiebre/Herpes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos/ ICD	Dolor de cabeza/migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de válvula cardíaca	Problemas auditivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmia cardíaca/ A-Fib	Hemofilia/Sangrado anormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto Cardíaco	Hepatitis/ Tipo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta o baja	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	VIH+/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	Problemas en el Aprendizaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Alimentario	Problemas estomacales/Reflujo ácido/GERD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental	Problemas renales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	MRSA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis, etc.	STD/VPH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	Otras enfermedades infecciosas; favor, especifique:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	Problemas sinuosos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	Fumador, puros, vapeo, tabaco de mascar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo/Cirugía articular	Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	Tuberculosis (TB) ¿Cuándo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo/ASD/Asperger's	Úlceras/Colitis/C-Dif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Hiperactivo Deficit-ADD	Problemas tiroideos/Adrenal/Pituitary
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de Sangre	Enfermedad muscular/nerviosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer; Favor Especificar: _____	Enfermedad autoinmune
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia y/o radiación	Anticoagulantes, Favor especifique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidad cromosómica	Otros; Favor, especifique: _____

Medicamentos actuales: ** Por favor enumere todos los medicamentos, incluyendo dosis y frecuencia, a continuación**

Medicamentos recetados: _____

Medicamentos/suplementos de venta libre: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Alergias: ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Sin Alergias conocidas
- Aspirina _____
- Penicilina _____
- Latex _____
- Anestésicos Dentales _____
- Joyería/Metal/Níquel _____
- Tetraciclina _____
- Codeína _____
- Eritromicina _____
- Otras alergias: _____

Para Mujeres:

Favor Indicar si alguna de las siguientes se aplica usted:

- Tomar Píldoras Anticonceptivas
- Embarazada
Si lo está, Fecha Nacimiento _____
- Dar de Pecho, Amamantar _____

¿Alguna vez ha tomado Bisfosfatos? Si No
(Boniva-Fosamax-Actonel-Skelid-Didronel-Aredia-Zometa-Reclast)

Para su Niño (a): ¿Tiene su hijo cualquiera de los siguientes hábitos dentales:

- Chuparse el dedo pulgar Apretar/Rechinar los dientes Usar Chupete
- Chupar, morder labio/lengua/mejilla Empujar la lengua Respirar por la boca
- Morder o comerse las uñas Otros: _____

Rutina Higiénica del niño (a): (Marque todo lo que corresponda)

- Fluoruro de receta diaria Hilo Dental ___ veces al día Pasta dental de flúor
- Enjuague bucal con flúor Cepillarse ___ veces al día Agua fluorada

Historia Dental:

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy?

Nombre del Dentista anterior: _____

¿Alguna vez ha tenido un problema grave / difícil asociado con cualquier trabajo dental? Si No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Si pudiera cambiar una cosa sobre su sonrisa, ¿qué sería? _____

Por favor indique el nivel de atención dental que desea que proporcionemos:

- Atención de Emergencia según sea necesario Atención integral, salud dental óptima y apariencia
- Examen de rutina y cuidados preventivos Consulta para resolver un problema específico
- Le han removido las muelas del juicio? Ha tenido sensación de ardor en la lengua?
- Tiene algún implante dental? Alguna vez ha tenido dolor en la mandíbula?
- Alguna vez se ha blanqueado los dientes? Usted usa algún aparato dental?
- Alguna vez ha tenido Botox o relleno facial Alguna vez le han sangrado las encías?
- Usted ronca? Ha recibido tratamiento periodontal (encías)?
- Usted aprieta o chirrea los dientes Respira por la boca de día o de noche?
- Alguna vez ha tenido frenillos en los dientes? Usa la máquina de C-Pap para dormir?

¿Nombre del Ortodoncista? _____
_____ Cuando? _____

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta en todo Qmi conocimiento. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confianza y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar durante el diagnóstico y tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma Paciente/Padre/Representante Legal _____ Date: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Weaver, Reckner & Reinhart Dental Associates

Formulario de Consentimiento del Paciente para Comunicaciones Electrónicas

Weaver, Reckner & Reinhart Dental Associates no pueden garantizar, pero utilizarán medios razonables para mantener la seguridad y la confidencialidad de las comunicaciones electrónicas como el correo electrónico o los mensajes de texto. Tomamos las precauciones adecuadas cuando transmitimos electrónicamente para evitar divulgaciones involuntarias, como verificar la exactitud de su dirección de correo electrónico o número de texto antes de enviar el mensaje. Sin embargo, la Práctica Dental, no es responsable por la divulgación inadecuada de información confidencial que no sea causada por nuestra mala conducta

El Riesgo de Usar Comunicaciones Electrónicas

La transmisión electrónica de información del paciente puede ser arriesgada. Tenga en cuenta las siguientes posibilidades antes de aceptar comunicarse con nosotros de esta manera. Por ejemplo, los mensajes pueden ser interceptados, vistos, circulados, alterados, reenviados, almacenados o utilizados sin autorización o detección. Además, los mensajes pueden ser mal dirigidos, leídos por los empleadores y los proveedores de servicios en línea, fácilmente falsificados, retenidos después de la eliminación, utilizados para introducir virus o utilizados como evidencia en los tribunales.

¿Desea seguir usando Comunicaciones Electrónicas?

Por favor siga estas instrucciones si desea comunicarse con nosotros a través de mensajes de texto o correo electrónico:

- No podemos garantizar siempre una pronta respuesta, así que no utilice estos métodos para asuntos urgentes.
- Asegúrese de llamarnos por teléfono si está a la espera de una respuesta, y no la recibe dentro de 2 días hábiles.
- Notifíquenos de inmediato si su dirección de correo electrónico, número de texto, etc. ha cambiado.
- Tenga en cuenta que comunicaciones electrónicas de los pacientes se convierten en parte de su registro de salud.
- No use estos métodos para compartir información médica confidencial, como comunicaciones sobre SIDA / VIH o

Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones electrónicas de información de salud personal, procedimientos dentales, información de citas, tarifas de tratamiento, información de facturación. Doy consentimiento de que se comuniquen conmigo así:

___ **Dejando Mensajes de Texto y usando este número telefónico** _____

___ **Enviando Correo Electrónico** _____

___ **Haciendo Llamada Telefónica (Puede dejar Mensaje)** _____

**** **NOTA:** Si tengo alguna pregunta, llamare al administrador encargado oficial de la oficina dental.

Firma del Paciente: _____ *Nombre Completo:* _____

Representante Legal: _____ *Nombre Completo:* _____

Fecha: ____ / ____ / ____

** ___ **Renuncio al uso de Comunicación Electrónica / Firma del Paciente:** _____

Weaver, Reckner & Reinhart Dental Associates

Aceptación del Recibo de las Noticias de la Practica de la Privacidad (HIPAA)

Yo, _____, he recibido copia de WRR's "Noticia Informativa de las Practicas de Privacidad" que explica como mi salud dental, física y financiera son relativamente relacionadas, usadas y compartidas. Entiendo que esta Dentistería tiene el derecho de cambiar este formato en cualquier momento y sin un aviso previo anticipado. Yo puedo obtener una copia actualizada comunicándome con la persona oficialmente encargada de la privacidad.

_____	_____
Firma del Paciente o Padre de Familia / Representante Legal	Fecha
1. _____	_____
Nombre de la persona encargada / autorizada en recibir mi información	Parentesco
2. _____	_____
Nombre de la persona encargada / autorizada en recibir mi información	Parentesco
3. _____	_____
Nombre de la persona encargada / autorizada en recibir mi información	Parentesco
4. _____	_____
Nombre de la persona encargada / autorizada en recibir mi información	Parentesco

PARA USO OFICIAL UNICAMENTE

Nosotros tratamos de obtener por escrito la Aceptación y Recibo de las Noticias de Practicas de Privacidad, pero la Aceptación del este documento no se pudo obtener debido A QUE:

- La persona se negó a firmar
- Barrera del Lenguaje y Comunicación, no permitió obtener Aceptación.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

- Autorizo a la Practica Dental, para hacer todos los diagnósticos necesarios que incluyen Rayos-X. Así también, autorizo que, en mi tratamiento dental puedan usar anestesia u otro tipo de medicamentos, si es necesario. Estoy completamente informada(o) de los riesgos que esto puede ocasionar.
- Autorizo recibir recordatorios de citas a través de un mensaje de voz, tarjetas, cartas, o con una confirmación a través de un correo electrónico.
- Autorizo a mi dentista(s) la entrega de mi registro de tratamientos/ Rayos-X , o cualquier otra información pertinente a mi compañía de seguro médico, empleados de la práctica, hospitales y cualquier otras prácticas médicas, si se necesita o es requerida.

Firma del Paciente/Padre de Familia /Representante Legal _____ Date: _____