

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad sobre mi informacion de salud protegida. Estos derechos me los da el Acta de Salud de 1996 (HIPPA). Yo entiendo que al firmar este consentimiento yo los autorizo a usar y difundir mi informacion de salud para:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento direto or indirecto de otros proveedores de salud envueltos en mi tratamiento);
- Obtener pago de tercera personas (e.g. mi compania de seguros);
- Las operaciones de dia-a-dia de su practica.

Yo tambien he sido informado(a), y dado el derecho a revisar y obtener una copia de su Notice of Privacy Practices (Notas de Privacidad de la Practica); que contienen una mas completa descripcion de los usos y divulgaciones de mi informaicon de salud protegida, y mis derechos bajo HIPPA. Yo entiendo que Uds. se reservan el derecho a cambiar los terminos de esta forma de tiempo en tiempo y de que puedo ponerme en contacto con Uds. para obtener la copia mas reciente de esta forma.

Yo entiendo que yo tengo el derecho a pedir restricciones sobre como es usada y difundida mi informacion protegida de salud para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, pero que Uds. No estan requeridos a aceptar estas restricciones. Pero, si Uds. aceptan las restricciones entonces esan obligados a cumplir con ellas.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Pero, cualquier uso o difuncion que haya ocurrido antes de la fecha de revocacion no esta afectado.

Firmado el ____ dia del mes de _____ de 20__.

Nombre del Paciente _____

Relacion con el paciente _____

Firma _____

DR. RAMON BANA
Miami Sedation & Cosmetic Dentistry
2461 Coral Way
Miami, FL 33145

DR. RAMON BANA
Miami Sedation & Cosmetic Dentistry
2461 Coral Way
Miami, FL 33145

e-mail: DrRamonBana@gmail.com
web: www.DrRamonBana.com

Telephone: (305)857-3731
Fax: (305)857-3736

Add us on www.FaceBook.com/DrRamonBana

BIENVENIDOS

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente _____

Direccion _____

_____ Zip Code _____

Sexo ___ Edad ___ Fecha Nacimiento _____

Seguro Social No. _____

Ocupacion _____

Empleador _____

Direccion _____

_____ Zip Code _____

A quien le podemos agradecer por haberlo referido

SEGURO DENTAL

Persona responsable for esta cuenta?

Relacion con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Seguro Social No. _____

Co Aseguradora _____

Numero de Telefono: _____

Grupo # _____

Tiene algun seguro adicional? _____

Si tiene, Nombre del Seguro _____

Numero de Telefono: _____

COMO PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED?

Telefono de Casa # _____

Celular _____

E-mail _____

Trabajo _____ ext _____

La mejor hora y lugar para llamarlo? _____

Le gustaria que nos comunicaramos por e-mail? _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR

Nombre _____

Relacion _____

Telefono _____ Trabajo _____ ext _____ Celular _____

Yo consiento al tratamiento necesario o deseado para el cuidado del paciente mencionado anteriormente, incluido pero no limitado a cualquier droga, medicina, operacion, y trabajo de laboratorio, radiografias, o otros estudios que puedan ser usados por el doctor o un asistente designado. Yo tambien acepto mi completa responsabilidad por el pago de estos servicios y estoy de acuerdo en que deben ser completamente pagados cuando se reciban los servicios. Yo comprendo y acepto que es mi responsabilidad pagar por todos los servicios y no de la compania aseguradora.

Firmado _____

Fecha _____

Paciente/Padres or Guardian Legal

HISTORIA MEDICA

Nombre _____ Fecha _____

Fecha del ultimo examen medico _____ Motivo del examen _____

Ha estado Ud. hospitalizado en los ultimos 5 años? No Si

Por que razon? _____

Esta Ud. bajo cuidado medico? No Si Que tipo de cuidado? _____

Por favor liste el nombre y telefono de los medicos le estan atendiendo:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

En las siguientes preguntas por favor circule si o no basandose en su historial medico. Sus respuestas son confidenciales. Durante su primera visita puede que le preguntemos sobre algunas de sus respuestas.

Prolapso de Valvula Mitral	No	Si	Sicosis	No	Si
Anemia u otra enfermedad sanguinea	No	Si	Molestias/Agrandamiento de los Vaso Linfaticos	No	Si
Diabetes	No	Si	Biopsias previas	No	Si
Epilepsia	No	Si	Demora en sanar las llagas o ulceras en la boca	No	Si
Hepatitis(cualquier tipo)	No	Si	Cualquier otra infeccion	No	Si
Artritis u otra enfermedad inflamatoria	No	Si	Osteoporosis u otra enfermedad de los huesos	No	Si
Fiebre Reumatica	No	Si	Enfermedades recurrentes	No	Si
Asma	No	Si	Reemplazamiento de articulaciones	No	Si
SIDA o HIV	No	Si	Glaucoma	No	Si
Enfisema o Enfermedad Respiratoria	No	Si	Sangramiento anormal	No	Si
Presion Arterial Anormal	No	Si	Enfermedad del Hgado	No	Si
Enfermedad de los Riñones	No	Si	Perdida/Subida de Peso	No	Si
Enfermedades del Corazon	No	Si	Sensibilidad al Latex	No	Si
Mareos o Desmayos	No	Si	Cancer or Tumores	No	Si
Enfermedades Venereas(ETS)	No	Si	Alguna otra infeccion	No	Si

Mujeres: Esta Ud. embarazada? No Si
 Si no, esta planeando un embarazo pronto? No Si
 Esta Ud. lactando a su niño? No Si
 Usa Ud. algun anticonceptivo? No Si

Le han dicho antes que requiere Antibioticos antes de tratamiento dental? No Si

Padece Ud. de alergias o ha tenido reaccion a alguno de los siguientes:

- | | | |
|-----------------------------------|----|----|
| ▶ Anestesia local | No | Si |
| ▶ Penicilina u otro antibiotico | No | Si |
| ▶ Aspirina | No | Si |
| ▶ Codeina, Valium u otro sedativo | No | Si |
| ▶ Liste cualquier alergia _____ | | |

Usted fuma? No Si
Que cantidad diariamente? _____

Consumo Ud. Toronja en fruta, jugo o extractos? No Si

Toma Ud. Alguno de los siguientes medicamentos?

- | | | |
|---|----|----|
| ▶ Tagamet(cimitidine) o Prilosec(omeprazole)? | No | Si |
| ▶ Dilantin o Tegretol | No | Si |
| ▶ Diflucan | No | Si |

Ha sido tratado con Bisfosfonatos(Fosamax, Aredia, Zometa, Actonel, Boniva)? NoSi
Favor de listar fecha de inicio del tratamiento _____ fecha en que termino _____

Toma Ud. medicinas o suplementos naturales? No Si
Cuales y con que frecuencia? _____

Toma Ud. Antiacidos? No Si
Con que frecuencia? _____

Por favor, liste todos los medicamentos que esta tomando actualmente:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

Yo comprendo que la informacion anterior es necesaria para facilitar mi tratamiento dental en una forma segura y eficiente. Yo he contestado todas las preguntas de la mejor manera posible. Si se necesitara informacion adicional tienen mi permiso para ponerse en contacto con mi Doctor y que el les facilite la informacion a Uds. Yo les notificare de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente/Legal Guardian	_____ Fecha
Dr. Ramon Bana		_____ Fecha

PARA EL USO DEL DOCTOR

Comentarios sobre la entrevista con el paciente relacionados a su historia medica:

Poliza para Citas

Queremos que nuestros pacientes sepan lo mucho que valoramos su negocio. En nuestro esfuerzo de proveerles la mejor calidad de servicio a precios razonables, pedimos que si en el futuro necesita hacer algun cambio en el horario de la cita que ha sido reservada para usted, debe dejar saber a nuestra oficina con 72 horas de antelacion. La puntualidad es tambien muy importante para que podamos cumplir con nuestro proposito. Nosotros comprendemos que en ocasiones pueden existir emergencias y en ese caso trataremos cada situacion individualmente. Es importante que nuestros pacientes comprendan que la impuntualidad y el no mantener su cita puede dañarle de muchas maneras. Primero que todo interviene en nuestra habilidad de proveer a otros pacientes con la asistencia adecuada y de manera puntual. Segundo, puede atrasar su tratamiento e interfiere con nuestra meta de mantener su salud oral en un nivel optimo.

Nuestra oficina nunca ha tenido problemas con la asistencia y puntualidad de nuestros pacientes y no estamos anticipando que esto cambie en el futuro. Por eso es importante mantener a nuestros pacientes informados de nuestras polizas para evitar mal entendidos.

- ▶ Todas las citas que sean canceladas sin suficiente notificacion se le aplicara un cargo de \$25 por cada media hora en el horario.
- ▶ Si llega mas de 20 minutos tarde le tendremos que cambiar su cita y un cargo de \$25 se le aplicara.
- ▶ Todas las citas deben ser confirmadas por lo menos 24 horas antes. Nuestra oficina tendra la cortesia de llamarle como recordatorio. Si el paciente no se hace disponible para confirmar o no regresa nuestra llamada nos veremos en la obligacion de cambiar su cita. El cargo de \$25 se mantiene.
- ▶ Cada paciente puede faltar a una cita por una emergencia en un periodo de 12 meses.
- ▶ Despues de la segunda cita que el paciente no mantenga no se le podra dar mas ninguna sin una tarjeta de credito para prepagar los servicios.
- ▶ Si pierde su cita por tercera vez podemos terminar la disponibilidad de nuestros servicios. En ese caso sera un placer proveer su historia medica a la oficina de su preferencia donde puedan asistirle basado en su horario.

Queremos agradecerle por su cooperacion y comprension para ayudarnos a mantener nuestro compromiso hacia todos nuestros pacientes.

He leído y comprendo la poliza. Me comprometo a cumplir mi parte.

Firma del Paciente/Guardian Legal

Fecha

DR. RAMON BANA
Miami Sedation & Cosmetic Dentistry
2461 Coral Way
Miami, FL 33145

CONTRATO FINANCIERO

Este contrato ha sido creado para informarle sobre su obligacion financiera con nuestra oficina. Nosotros estamos comprometidos a ofrecerle la mejor calidad de asistencia dental usando solamente los mejores materiales y la mas avanzada tecnologia. Tambien nos comprometemos a proveerle la informacion educativa mas actualizada sobre los tratamientos disponibles.

PACIENTES CON SEGURO

Nuestro personal lo asistira a determinar su plan dental, pero Ud. debe comprender que:

- ▶ Sus beneficios estan bajo un contrato entre Usted, su Empleador y su Compania de Seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato.
- ▶ Nosotros le presentaremos a su seguro una predeterminacion de beneficios basada en el trabajo que Ud necesite. Pago parcial del tratamiento es requerido para poder iniciar el proceso.
- ▶ Debido a que la predeterminacion de beneficios es solo un estimado y no una garantia de pago nuestra oficina no puede garantizar que su seguro pagara por los servicios recibidos.
- ▶ Nosotros realizamos reclamos de rutina a los seguros luego de verificar sus beneficios y sera un placer enviar la forma de reclamo directamente al seguro quien le re-embolsara por los servicios segun sus determinaciones. Por lo tanto el pago completo de los servicios es responsabilidad del paciente en el momento de la visita.

OPCIONES DE PAGO

Nuestra meta es proveerle a nuestros pacientes el mejor cuidado dental posible. Para ayudarle a alcanzar un tratamiento optimo le ofrecemos variedad de pagos, incluyendo efectivo, cheques y tarjetas de credito. Tambien le ofrecemos financiamiento mediante Care Credit, Citi Health one, Chase Health Advances and MedChoice.

Yo he leído y acepto los terminos del contrato financiero presentado

Nombre

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha

Authorization for DR. BANA to Release Health Care Information

Patient's name: _____ Date of birth: _____

SSN: _____ Previous name: _____

Doctor's Name: DR. RAMON BANA

Practice Name: Miami Sedation & Cosmetic Dentistry

I request and authorize the above listed doctor and practice to release health care information of the patient named above to:

Name: _____

Address: _____

City, State: _____ Zip code: _____

This request and authorization applies to health care information relating to the following treatment, condition, or dates of treatment:

Or _____ All health care information

Or _____ Other:

THIS AUTHORIZATION EXPIRES ON _____ or _____ DAYS AFTER
THE DATE IT IS SIGNED; or WHEN THE FOLLOWING EVENT OCCURS _____

I may cancel this authorization to the extent allowed by law. If I do, I understand that the doctor or practice may have already released information about me after I gave permission. I know that canceling this authorization would not prohibit any release of information by the doctor or practice in reliance on my original authorization.

There are two ways to cancel this agreement. I can:

- Sign and date a form available from the doctor or practice called "Revocation of Authorization for Use and Disclosure of Health Care Information" or
- Write a letter to the doctor or practice. If I write a letter, it must say that I want to cancel my authorization to disclose my health care information. My letter must include the name or other specific identification of the person(s) that I no longer want to receive information. I (or my authorized representative) must sign and date the letter.

Once my doctor gives out the information that I want released, I know that my doctor has no control over the information. The individual or organization that I authorized to receive the information might re-disclose it. Federal or state privacy laws may no longer protect the information.

Signature of patient or patient's authorized representative

Date signed

Relationship or status if signed by parent, legal guardian, personal representative, etc.

Dr. Ramon Bana

Forma de Evaluacion de la sonrisa del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Para ayudarnos en el diagnostico y tratamiento de sus preocupaciones esteticas, por favor responda las siguientes preguntas. Por favor circule su respuesta.

Le desagrada el color de sus dientes?	SI	NO
Tiene espacios entre sus dientes que le molestan?	SI	NO
Tiene partiduras o bordes disparejos en sus dientes?	SI	NO
Siente usted que sus dientes son muy largos o muy cortos?	SI	NO
Tiene empastes oscuros que se ven cuando sonrie?	SI	NO
Estan sus dientes amontonados o disparejos?	SI	NO
Tiene coronas o tratamiento dental que considera feo?	SI	NO
Esta usted avergonzado por sus dientes o sonrisa?	SI	NO
Le ha sugerido alguien (familia o amigo) que se deberia hacer algo en los dientes o con su sonrisa?	SI	NO
Evita usted sonreir cuando le toman fotos?	SI	NO
Le gustaria ver mejorada su sonrisa existente?	SI	NO
Desearia tener una sonrisa nueva?	SI	NO

Coloque una marca al lado de lo que le preocupe acerca del tratamiento dental para mejorar su sonrisa.

- Miedo al tratamiento
- Duracion y tiempo en tratamiento
- Distancia a la oficina
- No entender el tratamiento
- Verguenza
- Otro