



PATIENT REGISTRATION FORMS (FORMAS DE REGISTRO DEL PACIENTE)

DEMOGRAPHICS (DATOS DEMOGRAFICOS):

LAST NAME (APELLIDO)	
FIRST NAME (PRIMER NOMBRE)	
MIDDLE INITIAL (INICIAL 2DO NOMBRE)	
DOB (FECHA DE NACIMIENTO)	
SOCIAL SECURITY# (NUMERO DE SEGURO SOCIAL)	
MAILING ADDRESS (DIRECCIÓN POSTAL)	
CITY, STATE & ZIP CODE (CIUDAD, ESTADO Y CODIGO)	
PHYSICAL ADDRESS (DIRECCIÓN DE CALLE) (Only if different from above-solo si es diferente)	
CITY, STATE & ZIP CODE (CIUDAD, ESTADO Y CODIGO)	
HOME PHONE (TELEFONO)	
WORK PHONE (TELEFONO DEL TRABAJO)	
CELL PHONE (CELULAR)	
EMAIL (CORREO ELECTRÓNICO)	

CONSENT TO RECEIVE TEXT (PERMISO PARA RECIBIR TEXTOS): Yes (Sí) No

ETHNICITY (Origen étnico):

White (Blanco) Black/African American (Negro) Hispanic (Latino) Asian (Asiatico) Other (Otro)

MARITAL STATUS (ESTADO CIVIL):

Married (Casado) Single (Soltero) Separated (Separado) Widowed (Viudo) Partner (Pareja)

PLEASE MARK ANY THAT APPLY (POR FAVOR MARQUE TODOS QUE LE APLIQUEN):

Veteran (veterano) Public Housing (Vivienda publica) Homeless (sin hogar) Migrant (migrante)
 Agricultural Worker (trabajador agricultor)

EMERGENCY CONTACT (CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA):

NAME (Nombre)	
HOME PHONE (Telefono de Casa)	CELL PHONE (Celular)
RELATIONSHIP TO PATIENT (Relación al paciente)	

PREFERRED PHARMACY & LOCATION (Farmacia favorita y donde): _____

PREFERRED LAB & LOCATION (Laboratorio favorito y donde): _____

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSES (YES, NO, DK (DON'T KNOW)) TO INDICATE IF YOU HAVE, HAVE NOT OR DON'T KNOW IF YOU HAVE HAD ANY OF THE FOLLOWING DIASEASE OR PROBLEMS.

General Medical Information (Please Print)	
Date	Name (Last, First, Middle)
Other Names /Also Known As (Last, First, Middle)	
Date of Birth (Month/Day/Year)	
YES NO DK	Are you under the care by a medical primary care provider? If yes, please write name, address and phone:
If your answer is yes for the question above, what is the condition or illness?:	
YES NO DK	Do you have active tuberculosis or have you been exposed to anyone with Tuberculosis? Specify:
YES NO DK	Have you had heart surgery? If yes, please specify: <input type="checkbox"/> STENTS <input type="checkbox"/> VALVE REPLACEMENTS <input type="checkbox"/> BYPASS <input type="checkbox"/> Other: Date (s) of surgery:
YES NO DK	Have you had an orthopedic total joint replacement? If yes, please specify: <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> KNEE Date (s) of surgery:
YES NO DK	Have you had an organ/bone marrow transplant? If yes, specify: <input type="checkbox"/> HEART <input type="checkbox"/> LUNGS <input type="checkbox"/> KIDNEY <input type="checkbox"/> LIVER <input type="checkbox"/> BONE MARROW Date (s) of surgery:
YES NO DK	Do you know or have you ever had cancer? If yes, how was it treated? <input type="checkbox"/> SURGERY <input type="checkbox"/> RADIATION <input type="checkbox"/> CHEMOTHERAPY Date of diagnosis: _____ Date of Treatment: _____
YES NO DK	Do you have or have you ever had Osteoporosis (bone problems)? Date of treatment: If you are taken or had taken any of these medications, please specify: <input type="checkbox"/> AREDIA <input type="checkbox"/> ATELVIA <input type="checkbox"/> ACLASTA <input type="checkbox"/> ACTONEL <input type="checkbox"/> BINOSTO <input type="checkbox"/> BONIVA <input type="checkbox"/> FOSAMAX <input type="checkbox"/> RECLAST <input type="checkbox"/> Xgeva Length of time taken: _____
YES NO DK	Have you had any serious illness, surgery, or been hospitalized? If yes, how long ago? Date: _____ Write illness or condition:
YES NO DK	Do you smoke or have you ever smoked cigarettes? If yes: Past: When did you stop: _____ How many years of use: _____ Current: <input type="checkbox"/> More than 10 per day <input type="checkbox"/> Less than 10 per day <input type="checkbox"/> Occasionally For how many years: _____
YES NO DK	Are you currently taking any medications, this includes non-prescription medicine or herbal remedies? If yes, what are you taking?
YES NO DK	Do you use or have you ever used street drugs or other substances for recreational purposes? If yes, please list:
YES NO DK	Are you receiving dialysis treatment? If yes, which days of the week? <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday
Dental Problems	
YES NO DK	Do you have any dental problems? If yes, please describe briefly:
Past Dental Treatment	
When was the last time you had a dental exam? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> 0-6 Months <input type="checkbox"/> 6-12 Months <input type="checkbox"/> 1-2 yrs <input type="checkbox"/> 2-5 yrs <input type="checkbox"/> 5 years <input type="checkbox"/> 10 yrs <input type="checkbox"/> 15 yrs <input type="checkbox"/> 20yrs	
When was the last time you had a dental x-rays? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> 0-6 Months <input type="checkbox"/> 6-12 Months <input type="checkbox"/> 1-2 yrs <input type="checkbox"/> 2-5 yrs <input type="checkbox"/> 5 years <input type="checkbox"/> 10 yrs <input type="checkbox"/> 15 yrs <input type="checkbox"/> 20yrs	
When was the last time you had a cleaning? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> 0-6 Months <input type="checkbox"/> 6-12 Months <input type="checkbox"/> 1-2 yrs <input type="checkbox"/> 2-5 yrs <input type="checkbox"/> 5 years <input type="checkbox"/> 10 yrs <input type="checkbox"/> 15 yrs <input type="checkbox"/> 20yrs	
Dental Disease Prevention / Oral Hygiene	
How often do you brush your teeth? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> 1 time a week <input type="checkbox"/> 1 time daily <input type="checkbox"/> 2 times daily <input type="checkbox"/> 3 times daily	
How often do you floss your teeth? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> 1 time a week <input type="checkbox"/> 1 time daily <input type="checkbox"/> 2 times daily <input type="checkbox"/> 3 times daily	

CIRCULE SUS RESPUESTAS (SÍ, NO, NO SABE PARA INDICAR SI HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDAD O PROBLEMAS.

Información médica general (Por favor Imprima)	
Fecha	Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)
Otros nombres/También conocido como (Apellido, nombre, segundo nombre)	
Fecha de Nacimiento	
SÍ NO NO SE	Médico de atención primaria (nombre, dirección y teléfono):
¿Si contesto si arriba, cual es su condición o enfermedad?:	
SÍ NO NO SE	¿Tiene tuberculosis activa o ha estado expuesto a alguien con tuberculosis? Especifique:
SÍ NO NO SE	¿Ha tenido cirugía de corazón? Si es si, marque cual: STENTS VÁLVULAS DE REEMPLAZO PASAJES Otro: _____ Fecha (s) de cirugía: _____
SÍ NO NO SE	¿Ha tenido un reemplazo ortopédico total de la articulación? Si es si, especifique (marque): <input type="checkbox"/> CADERA <input type="checkbox"/> RODILLA Fecha (s) de la cirugía: _____
SÍ NO NO SE	¿Ha tenido un trasplante de órgano/médula ósea? En caso afirmativo, especifique (marque con un círculo): <input type="checkbox"/> CORAZÓN <input type="checkbox"/> PULMONES <input type="checkbox"/> RIÑÓN <input type="checkbox"/> HÍGADO <input type="checkbox"/> MÉDULA ÓSEA
SÍ NO NO SE	¿Sabes o alguna vez has tenido cáncer? Si es así, ¿cómo fue tratado? <input type="checkbox"/> CIRUGÍA <input type="checkbox"/> RADIACIÓN <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA Fecha de diagnóstico: _____ Fecha de tratamiento: _____
SÍ NO NO SE	¿Tiene o alguna vez ha tenido osteoporosis (problemas de los huesos)? Fecha de tratamiento: Si ha tomado o ha tomado alguno de estos medicamentos, especifique (marque): <input type="checkbox"/> AREDIA <input type="checkbox"/> ATELVIA <input type="checkbox"/> ACLASTA <input type="checkbox"/> ACTONEL <input type="checkbox"/> BINOSTO <input type="checkbox"/> BONIVA <input type="checkbox"/> FOSAMAX <input type="checkbox"/> RECLAST <input type="checkbox"/> Xgeva Tiempo tomando: _____
SÍ NO NO SE	¿Ha tenido alguna enfermedad grave, cirugía o ha sido hospitalizado? Si es así, ¿hace cuánto tiempo? Fecha: Escriba enfermedad o condición:
SÍ NO NO SE	¿Fuma o ha fumado cigarrillos alguna vez? En caso afirmativo: Past: Cuando paro? _____ Cuantos años de uso: _____ Presente: <input type="checkbox"/> Más de 10 por día. <input type="checkbox"/> Menos de 10 por día. <input type="checkbox"/> De vez en cuando Por cuantos años: _____
SÍ NO NO SE	¿Está tomando algún medicamento actualmente, esto incluye medicamentos sin receta o remedios herbales? Si es así, ¿qué está tomando??
SÍ NO NO SE	¿Usa o alguna vez ha usado drogas ilegales u otras sustancias para fines recreativos? Si es así, por favor escriba:
SÍ NO NO SE	¿Está recibiendo tratamiento de diálisis? Si es así, ¿qué días de la semana? (Por favor marque los días) <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
Problemas dentales	
SÍ NO NO SE	¿Tienes algún problema dental? Si es si, describa brevemente:
Tratamiento dental pasado	
¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen dental? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 0-6 Meses <input type="checkbox"/> 6-12 Meses <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 2-5 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 15 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> 20+ años	
¿Cuándo fue la última vez que tuvo una radiografía dental? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 0-6 Meses <input type="checkbox"/> 6-12 Meses <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 2-5 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 15 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> 20+ años	
¿Cuándo fue la última vez que tuvo una limpieza? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 0-6 Meses <input type="checkbox"/> 6-12 Meses <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 2-5 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 15 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> 20+ años	
Prevención de Enfermedades Dentales / Higiene Bucal	
¿Cuan a menudo te cepillas los dientes? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 1 vez al día <input type="checkbox"/> 2 veces al día <input type="checkbox"/> 3 veces al día	
¿Con qué frecuencia usas el hilo dental? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 1 vez al día <input type="checkbox"/> 2 veces al día <input type="checkbox"/> 3 veces al día	

POR FAVOR, CIRCULE CADA UNA DE SUS RESPUESTAS (SÍ, NO, DK (NO SABE) PARA INDICAR SI TIENE, NO HA O NO SABE SI HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS.

Medical Conditions											
SÍ	NO	DK	Alta presión sanguínea	SÍ	NO	DK	Diabetes	SÍ	NO	DK	Ataque fulminante
SÍ	NO	DK	Colesterol alto / triglicéridos altos	SÍ	NO	DK	Enfermedad Renal Crónica	SÍ	NO	DK	TIA (Ataque Isquémico Transitorio)
SÍ	NO	DK	Endocarditis infecciosa	SÍ	NO	DK	Problemas tiroideos	SÍ	NO	DK	Enfermedad de Parkinson
SÍ	NO	DK	Fiebre reumática	SÍ	NO	DK	Reflujo ácido (ERGE)	SÍ	NO	DK	Convulsiones \ Epilepsia
SÍ	NO	DK	Prolapso de la válvula mitral	SÍ	NO	DK	Úlceras	SÍ	NO	DK	Demencia / Alzheimer
SÍ	NO	DK	Defecto cardíaco congénito/enfermedad	SÍ	NO	DK	Enfermedad de Crohn	SÍ	NO	DK	Anemia
SÍ	NO	DK	Angina (dolor de pecho)	SÍ	NO	DK	IBS (Síndrome del Intestino Irritable)	SÍ	NO	DK	Enfermedad de células falciformes/rasgo
SÍ	NO	DK	Ataque al corazón	SÍ	NO	DK	Colitis ulcerosa	SÍ	NO	DK	Leucemia
SÍ	NO	DK	Enfermedad coronaria	SÍ	NO	DK	Enfermedad celíaca	SÍ	NO	DK	Hemofilia
SÍ	NO	DK	Arritmia (latido irregular del corazón)	SÍ	NO	DK	Hepatitis A	SÍ	NO	DK	Enfermedad de Von Willebrand
SÍ	NO	DK	Marcapasos/Desfibrilador Implantado	SÍ	NO	DK	Hepatitis B	SÍ	NO	DK	Plaquetas bajas (trombocitopenia)
SÍ	NO	DK	Asma	SÍ	NO	DK	Hepatitis C	SÍ	NO	DK	Lupus
SÍ	NO	DK	Enfisema / EPOC	SÍ	NO	DK	Hepatitis D	SÍ	NO	DK	Artritis Reumatoide
SÍ	NO	DK	Sinusitis	SÍ	NO	DK	Cirrosis del hígado	SÍ	NO	DK	Síndrome de Sjogren
SÍ	NO	DK	Bronquitis	SÍ	NO	DK	Osteoartritis	SÍ	NO	DK	VIH / SIDA
SÍ	NO	DK	Neumonía	SÍ	NO	DK	¿Está bajo el cuidado de un psicólogo o un psiquiatra? (Si es así, por favor circule cuál)	SÍ	NO	DK	Enfermedad de transmisión sexual
SÍ	NO	DK	Apnea obstructiva del sueño					SÍ	NO	DK	Herpes labial

SÍ	NO	DK	¿Tiene algún otro problema, enfermedad o condición que no esté en la lista de arriba? En caso afirmativo, por favor especifique:
----	----	----	--

Solo mujeres

SÍ	NO	DK	¿Estás o podrías estar embarazada? Si es así, número de semanas _____ y fecha de parto: _____
----	----	----	---

SÍ	NO	DK	¿Estás lactando?
----	----	----	------------------

Alergias a las drogas o al látex

SÍ	NO	DK	¿Es alérgico a la penicilina?	SÍ	NO	DK	Clorhexidina (Peridex / Periguard)
SÍ	NO	DK	¿Otros antibióticos?	SÍ	NO	DK	Metales / Joyería (níquel / cromo)
SÍ	NO	DK	¿Las drogas sulfá?	SÍ	NO	DK	Látex
SÍ	NO	DK	¿Aspirina?	SÍ	NO	DK	Otros medicamentos? _____
SÍ	NO	DK	¿Tylenol?				
SÍ	NO	DK	¿Codeína?				
SÍ	NO	DK	¿Opioides (hidrocodona, oxycodona)				

Entiendo que la información anterior es necesaria para brindarme atención dental de una manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Si se necesita más información, tiene mi permiso para preguntarle al proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede divulgar dicha información a usted. Notificaré al dentista cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente / Guardian _____ Fecha _____

Revisión de la Historia
Firma del dentista <input checked="" type="checkbox"/> _____ Fecha _____

YOUR PATIENT RIGHTS & RESPONSIBILITIES

PATIENT RIGHTS:

- Be treated with courtesy, respect and dignity and have privacy concerning your care
- If an interpreter is needed, and your insurance company doesn't provide one, we will attempt to provide
- Have impartial access to dental treatment regardless of race, religion, source of payment, national origin, disability or sexual orientation.
- Be told clearly about your diagnosis, planned course of treatment, alternative treatment, risks and prognosis. Your dentist should give you this information
- Receive prompt and reasonable replies to your questions and requests
- Know if your dental treatment is for experimental research purposes
- Accept dental care or refuse treatment as allowed by law
- See copies of your dental records, in accordance with Florida law
- Take part in considering ethical issues related to your care
- Be treated for any emergency condition that will worsen if treatment is delayed, until emergency medical technicians arrive
- Be given, on request, full information and counseling on financial resources available for your care
- For patients without health insurance, you can request a reasonable estimate of the charges for your dental care before your treatment. The actual cost may be higher based on changes in your condition or treatment needs
- Receive a copy of an itemized bill that you can understand. You may, on request, have your charges explained
- Express grievances about any violation of your rights

PATIENT RESPONSIBILITIES:

- Smoking is not allowed on Family Health Source properties
- You must bring your dental insurance card and picture identification to each appointment. Please inform us of any demographic changes (i.e. address change, phone#, insurance, emergency contact)
- Your co-pay, if applicable, is expected at the time of service
- Provide Family Health Source providers with full medical disclosure
- It is your responsibility to carry out the recommended treatment plan
- Allow at least 30 days for completion of insurance forms or transfer of treatment records, etc
- All calls (i.e. appointments, cancellations, medical records, etc) should be phoned to appropriate center location. For weekends, holidays, and after-hours, all calls will be transferred automatically to our answering service for emergencies, all other routine calls will be advised to call back during normal business hours. In case of an emergency when we are closed, please to the nearest emergency room.
- Please give at least 24-hour notice when cancelling or rescheduling appointments.
- Please allow **48-72** hours for medication refills request
- If you need an interpreter, please check with your insurance company as they may provide one, if not, we will attempt to provide.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Ser tratados con amabilidad, respeto, dignidad y privacidad sobre su cuidado de salud
- Si se necesita un intérprete, y su compañía de seguros no proporciona uno, intentaremos proporcionar
- Tienen acceso imparcial a tratamiento dental sin importar la raza, la religión, el origen del pago, el origen nacional, la discapacidad o la orientación sexual
- Se les diga claramente acerca de su diagnóstico, tratamiento, alternativas, los riesgos y el pronóstico de su condición. Su dentista debe darle esta información
- Recibir pronto y razonablemente, las respuestas a sus preguntas y solicitudes
- Saber si el tratamiento dental es para fines de investigación experimental
- Aceptar atención dental o negar tratamiento como sea permitido por la ley
- Ver su historial dental de acuerdo a la ley de la Florida
- Tomar parte en las situaciones éticas relacionadas con su atención dental
- Ser tratado por cualquier condición de emergencia que pueda empeorar su salud hasta que llegue la ambulancia
- Ser proveído, a petición, toda la información y asesoramiento sobre los recursos financieros disponibles para su atención dental
- Para pacientes sin seguro, recibir un estimado detallado de los gastos de su atención dental antes de comenzar el tratamiento, si se solicita. Los costos pueden variar por cambios en su estado o necesidades de tratamiento
- Recibir una copia de su factura que usted pueda entender. Usted puede solicitar que sus cargos sean explicados
- Notificar cualquier queja si sus derechos como pacientes han sido violados

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- No está permitido fumar en las propiedades de nosotros
- Usted debe llevar su tarjeta de seguro y la identificación con fotografía para cada cita. Por favor infórmenos de cualquier cambios demográficos (es decir, cambio de dirección, número de teléfono de contacto en caso de emergencia, cambio de seguro medico, etc)
- Su co-pago, si aplica, se espera en el momento del servicio
- Dar a los proveedores de salud dental con divulgación médica completa
- Es su responsabilidad para llevar a cabo el plan de tratamiento recomendado
- Permitir al menos 30 días para la realización de formas de seguros o la transferencia de los registros de tratamiento
- Todas las llamadas (es decir, citas, cancelaciones, recambios, registros dentales, etc.) deben ser llamados al centro dental apropiado donde usted va. Para los fines de semana, días festivos y después de las horas laboral, todas las llamadas serán transferidas automáticamente a nuestro servicio de respuesta para casos de emergencia, todas las demás llamadas de rutina se les aconseja volver a llamar durante el horario comercial normal. En caso de una emergencia, cuando estamos cerrados, por favor, valla a la sala de emergencias más cercana.
- Trate de dar por lo menos 24 horas de anticipación al cancelar o cambiar sus citas.
- Por favor permita de 48-72 horas para recibir sus rellenos de medicamentos
- Si necesita un intérprete, por favor consulte con su compañía de seguros, ya que pueden proporcionar uno, si no, se intentará proporcionar



INITIATION OF SERVICES (INICIACIÓN DE SERVICIOS)

CLIENT-PROVIDER RELATIONSHIP CONSENT (RELACIÓN DE CONSENTIMIENTO CLIENTE-PROVEEDOR)

I consent to entering a client-provider relationship. I authorize Northeast Florida Health Services, Inc dba Family Health Source's staff and their representatives to render routine dental care. I may discontinue the relationship at any time.

Doy mi consentimiento para entrar en una relación de cliente-dentista. Autorizo el personal de Northeast Florida Health Services, Inc. dba Family Health Source y sus representantes para hacerme servicios dentales de rutina. Puedo terminar esta relación en cualquier momento.

CONSENT FOR TREATMENT (CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO)

I hereby voluntarily consent to care, treatment, testing and all other services performed by Family Health Source dental providers and their designees. I understand it is the responsibility of my individual treating provider to explain to me the reasons for any diagnostic examination, test or procedure, the available treatment options and the common risks and anticipated burdens and benefits associated with these options as well as alternative courses of treatment. I acknowledge no guarantees have been made to me as to the outcome of my care, examination and/or treatment at Family Health Source.

Doy mi consentimiento voluntariamente a la atención, tratamiento, pruebas y todos los demás servicios prestados por los proveedores dentales de Family Health Source y sus designados. Tengo entendido que es la responsabilidad de mi dentista para que me explique las razones de cualquier examen de diagnóstico, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas anticipadas y beneficios asociados con estas opciones, así como los cursos alternativos de tratamiento. Reconozco que no hay garantías hechas para mí como para el resultado de mi cuidado, examen y/o tratamiento de Family Health Source.

RIGHT TO REFUSE TREATMENT (DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO)

In giving my consent to treatment, I understand I retain the right to refuse any examination, test, procedure, treatment, therapy or medication recommended or deemed medically necessary by my individually treating dentist.

Al dar mi consentimiento para el tratamiento, entiendo que se reservan el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o se considere médicamente necesario por el dentista de tratamiento.

FINANCIAL POLICY (POLIZA FINANCIERA)

We hope that you will recognize that our financial policy is necessary part of assuming the resources required to maintain this dental service for our patients and for the community. Charges for dental services are due and payable at the time services are rendered. We accept Visa, MasterCard, Discover, American Express, as well as personal checks, money orders, and cash. To bill your insurance company for your dental costs, it is extremely important that we obtain complete information about your primary and supplement insurance companies, including phone numbers, addresses, and a copy of your insurance card. If this information is not provided, you will be required to pay any charges in full at the time of service. We will also use the information you provide to help with the preauthorization process. Even though we bill your insurance company for you, we still collect the co-pays and deductibles from you at the time of service.

Esperamos que usted reconozca que nuestra póliza financiera es necesaria para asumir parte de los recursos necesarios para mantener este servicio de atención dental para nuestros pacientes y para la comunidad. Los cargos por los servicios dentales se deben pagar en el momento que se prestan los servicios. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, así como cheques personales, giros postales, y dinero en efectivo. Para facturar a su compañía de seguro para sus costos de atención de la salud dental, es extremadamente importante que se obtenga la información completa acerca de sus compañías de seguros primarios y suplementarios, incluyendo números de teléfono, direcciones, y una copia de su tarjeta de seguro. Si no se proporciona esta información, se le pedirá que pague sus cargos en su totalidad en el momento del servicio. También utilizaremos la información que proporcione para ayudar con el proceso de autorización. A pesar de que le pediremos a su compañía de seguros pago por usted, todavía cobramos los copagos y deducibles de usted en el momento de servicio.

SLIDING FEE SCHEDULE (SFS) DISCOUNT PROGRAM (PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO):

Family Health Source is a non-profit organization that receives a defined amount of federal funding to supplement the cost of providing medical and dental care to patients who are eligible to participate in the sliding fee schedule discount program. To qualify for reduced rate services known as our Sliding Fee Schedule Discount Program, which is based on income, we need the following; proof of any income (like last 4 paystubs, unemployment, social security, disability, pensions, rental income, veteran’s benefits, IRA, etc and/or previous year’s tax return), photo ID, and pediatric patients are required to bring proof of guardianship. If patient has no income, we offer a Verification of Support Form which needs to be notarized by whomever is supporting you financially. Enabling Services will counsel with the patient before using the form to determine patient eligibility. All new qualified sliding fee patients will be required to pay minimum nominal at each visit. If the patient fails to produce the required documents to qualify for the reduced services per the federal guidelines, the patient will be considered self-pay and will be asked to pay full cost prior to being seen by the dental provider.

Family Health Source es una organización sin fines de lucro que recibe una cantidad definida de fondos federales para complementar el costo de brindar atención médica y dental a los pacientes que son elegibles para participar en el programa de descuentos de tarifas. Para calificar para los servicios de tarifa reducida conocidos como nuestro Programa de Descuento de Tarifas, que se basa en los ingresos, necesitamos lo siguiente: Prueba de ingresos (como los últimos 4 pagos, desempleo, seguro social, pensiones, ingresos por alquiler, beneficios de veteranos, IRA, etc y / o la declaración de impuestos del año anterior), identificación con foto y pacientes pediátricos deben presentar prueba de tutela. Si el paciente no tiene ingresos, le ofrecemos un Formulario de Verificación de Apoyo que necesita ser notariado por quien le apoya financieramente. Servicios de Habilitación asesorará al paciente antes de usar el formulario para determinar la elegibilidad del paciente. Todos los nuevos pacientes calificados para el descuento de tarifa tendrán que pagar una cuota nominal en cada visita. Si el paciente no produce los documentos requeridos para calificar para los servicios reducidos según las reglas federales, el paciente será considerado pagando de su bolsillo y se le pedirá que pague el costo total antes de ser visto por el proveedor de atención dental.

CONTRACTED INSURANCES (SEGUROS CONTRATADOS):

We directly contract through the various physicians employed by our organization to provide service for our patients. If you are enrolled with one of these companies, you will pay the co-pay and deductible fees that are predetermined by your insurance carrier. You will be asked to pay any co-pays, deductibles, and co-insurance at the time of service. Some services may be deemed non-covered or medically unnecessary by your insurance company. If so, you are directly responsible for the charges incurred. Any balance that remains unpaid after the insurance payment is made is due to our office within 60 days.

Contratamos directamente a través de los diversos médicos empleados por nuestra organización para dar servicio a nuestros pacientes. Si está inscrito con una de estas empresas, tendrá que pagar el copago y cuotas deducibles que están predeterminados por su compañía de seguros. Se le pedirá que pague cualquier copago, deducibles y co-seguro en el momento del servicio. Algunos servicios pueden ser considerados no cubierto o médicamente innecesarios por su compañía de seguros. Si es así, usted es directamente responsable de los cargos incurridos. Cualquier saldo que quede sin pagar después de haber realizado el pago del seguro se debe a nuestra oficina dentro de los 60 días.

MY SIGNATURE BELOW VERIFIES I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE INFORMATION ON THIS FORM.

(Mi firma verifica que he leído y comprendido la información en este formulario.)

DATE (FECHA): _____ DOB (FECHA DE NACIMIENTO): _____

NAME (NOMBRE): _____ RELATIONSHIP (RELACION): _____

SIGNATURE (FIRMA): _____

(OR SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN, IF MINOR)

(FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN, SI ES MENOR DE EDAD)