

Información confidencial del paciente		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Apt. No.
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Contacto de emergencia:		Teléfono:
¿Cómo escucho de nosotros?	¿A quién podemos agradecer por referirle?	
Parte responsable (si el paciente es menor de 18 años o discapacitado)		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Apt. No.
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Teléfono celular:	
Firma:		Fecha:
Información seguro dental		
Aseguranza primaria	Aseguranza secundaria	
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:	
Número del Seguro Social del suscriptor:	Número del Seguro Social del suscriptor:	
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	
Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	
Nombre del empleador:	Nombre del empleador:	
Teléfono del empleador:	Teléfono del empleador:	
Nombre de la aseguranza:	Nombre de la aseguranza:	
Número del grupo de su seguro:	Número del grupo de su seguro:	
Número de teléfono de su aseguranza:	Número de teléfono de su aseguranza:	
* Presente su tarjeta de seguro y identificación a nuestro representante de servicios para pacientes para que sea fotocopiada *		

Información Médica y Dental

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy?

Dentista anterior:

Teléfono:

Fecha de su última visita al dentista:

Fecha de sus últimas radiografías:

Fecha de su última limpieza:

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? Sí No

¿Alguna vez le aplicaron novocaína o cualquier otro anestésico local? Sí No

¿Recibe o recibió en los últimos 2 años terapia con esteroides/cortisona? Sí No

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (por ejemplo, FOSAMAX, ACTONEL, BONIVA, o bifosfonatos por vía intravenosa)? Sí No

En el pasado, ¿tomó antibióticos antes de los procedimientos odontológicos? Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el VPH (papiloma humano), Gardasil? Sí No

¿Alguna vez presentó una reacción adversa o se descompuso luego de tomar penicilina, aspirina o codeína, recibir anestésicos local, entrar en contacto con látex o metales, o bien recibir otro medicamento? Sí No

Enumere los medicamentos a los cuales es alérgico: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Enumere los medicamos que tome, incluidos los fármacos de venta libre y los medicamentos a base de hierbas/las vitaminas:

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

Tiene antecedentes de lo siguiente:

	S	N		S	N		S	N		S	N
Fiebre reumática			Asma			Enfermedad de la tiroides			alcoholismo		
Soplo cardiaco			Alergias o urticaria			Epilepsia o convulsiones			Tratamiento psiquiátrico		
Prolapso de la válvula mitral			Anemia			Desmayos o mareos súbitos			Llagas en la boca		
Diabetes			Bruxismo			Marcapasos/cirugía del corazón			Terapia con aspirina		
Enfermedad venérea			Artritis			Dolor mandibular			Problemas estomacales		
Presión arterial alta			VIH positivo/SIDA			Alergia al látex			Cualquier tipo de implante		
Presión arterial baja			Transfusión de sangre			Problema sinusales			Cáncer (tipo: _____)		
Cualquier tipo de trasplante			Problema cardíaco			Hemorragia excesiva			Articulaciones artificiales		
Adicción a las drogas			Diálisis			Accidente cerebrovascular			Desorden alimenticio		
Hepatitis (tipo: _____)			Quimioterapia			Enfermedad pulmonar			Otra enfermedad o afección:		
Enfermedad hepática			Radioterapia			Problemas respiratorios					
Enfermedad renal			Uso de productos con tabaco			Tuberculosis (TB)					

Pacientes mujeres únicamente:

	S	N		S	N
--	---	---	--	---	---

¿Hay posibilidad de embarazo?

¿Se encuentra amamantando?

Fecha aproximada del parto:

¿Está tomando medicamentos anticonceptivos recetados?

Certifico que he leído y que comprendo las preguntas anteriores y dejo constancia de que las respondí a mi leal saber y entender. Por el presente, otorgo mi consentimiento para que el dentista lleve a cabo un examen y diagnostique mi afección. También doy mi consentimiento para cualquier procedimiento preventivo y de restauración básico que pudiera resultar necesario. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo o el dentista demos por terminado el tratamiento.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Políticas Financieras

En Cornerstone Family Dentistry, asumimos el compromiso de prestarle un servicio excepcional y brindarle tratamientos que aborden necesidades tanto a corto como a largo plazo. Facilitamos que obtenga el cuidado que necesita proporcionando precios bajos, opciones de financiación flexibles y sin sorpresas. También aceptamos una variedad de opciones de pago y trabajamos con la mayoría de las aseguradoras. Hemos asumido el compromiso de mantener nuestros precios bajos, de modo que pueda obtener la atención que necesita. Sabemos que cuenta con opciones y agradecemos que haya decidido confiarnos su atención odontológica.

Una estimación del costo de tratamiento escrita y clara

Su dentista le proporcionará un plan de tratamiento integral luego de evaluar su salud odontológica general. Le proporcionaremos una estimación clara y detallada del costo de su plan de tratamiento por escrito para que usted sepa qué esperar, incluidos los beneficios estimados del seguro. Si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura de seguro, le recomendamos que se comuniquen con su compañía aseguradora.

Política de pago

Rigen las siguientes políticas de pago:

- El pago total del monto de la Responsabilidad financiera del paciente, según se especifique en el Formulario de aceptación de tratamiento y acuerdo de pago, deberá realizarse antes del momento en el que se presten los servicios. Entre los métodos aceptables de pago se incluyen efectivo, Visa®, MasterCard®, American Express®, Discover®, beneficios de seguros asignados y programas de financiamiento selectos de terceros.
- En el caso de los planes de tratamiento integrales que requieran varias visitas al consultorio, se le solicitará que pague por los servicios recibidos en cada cita específica.
- Usted puede, a su criterio, elegir pagar de manera anticipada la totalidad de los planes de tratamiento integrales. Los reembolsos se procesarán de acuerdo con nuestra política de reembolso.

Seguro dental

Si cuenta con seguro dental, la reclamación de su seguro se procesará de la siguiente forma:

- **Dentro de la red:** si su dentista es un proveedor participante que pertenece a su seguro, la facturación se realizará de conformidad con los términos del acuerdo de su dentista con su compañía aseguradora.
- **Fuera de la red:** si su dentista no es un proveedor participante ni pertenece a la red de su plan de seguro, acataremos la estructura tarifaria dentro de la red de su aseguradora. Si su aseguradora no acepta su cesión de beneficios a su dentista, usted es responsable del beneficio de seguro calculado.

Divulgación de financiamiento externo

Cornerstone Family Dentistry acepta pagos provenientes de compañías financieras externas no afiliadas (por ejemplo, CareCredit otorgado por Synchrony Bank). Los consultorios pagan a estas compañías tarifas en función de una escala variable por brindar a pacientes como usted el financiamiento que necesitan y en concepto del costo que supone a estas compañías financieras el otorgamiento de los préstamos. Conforme aumenta el monto total de la atención financiada a través de estas compañías financieras, se reducen las tarifas que cobran a Cornerstone Family Dentistry. El acuerdo de precios de escala variable no afecta el monto que financie ni el costo de su tratamiento.

Las decisiones crediticias son exclusiva responsabilidad de las compañías financieras externas. Puede optar por pagar la totalidad del tratamiento o bien una parte de este haciendo uso de uno de los productos de financiamiento externo.

Nombre en letra de imprenta del paciente (o representante del paciente):

Firma del paciente (o representante del paciente):

Fecha:

Poliza de Cancelación

Nos esforzamos por brindar un excelente cuidado dental a usted y al resto de nuestros pacientes. En un intento de ser coherente con esto, tenemos una poliza de cancelación que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando una cita está programada, ese tiempo se ha dedicado a usted y cuando se le pasa, ese tiempo no puede usarse para tratar a otro paciente.

Requerimos que usted dé a nuestra oficina 24 horas de aviso en caso de que usted necesite reprogramar su cita. Esto permite que otros pacientes sean programados en esa cita. Si olvida una cita sin ponerse en contacto con nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida. Se le cobrará un cargo de \$ 25.00; Esta cuota no se puede facturar a su compañía de seguros y será su responsabilidad directa. No se pueden programar citas futuras ni transferir los registros sin el pago de esta cuota.

Además, si un paciente tiene más de 20 minutos de retraso sin previo aviso para una cita programada, consideraremos que se trata de una cita perdida y se cobrará la tarifa de cancelación de \$ 25.00.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta poliza, comuníquese con nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga.

Le agradecemos por ser un paciente valioso y por su comprensión y cooperación con nuestra poliza.

He leído y entiendo la Poliza de Cancelación de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica.

Nombre en letra imprenta del paciente (o representante del paciente):

Firma del paciente (o representante del paciente):

Fecha:

Recibo de Reconocimiento Sobre la Practica Privada

Usted puede negar su firma a este reconocimiento, pero negando este formulario
no podremos procesar sus servicios dentales a su seguridad.

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Nombre en letra imprenta del paciente (o representante del paciente):

Firma del paciente (o representante del paciente):

Fecha:

Comunicación del Paciente

Yo autorizo que esta oficina confirme mis citas dentales via:

- Confirmacion del teléfono celular Confirmación del teléfono de casa Confirmación del teléfono de trabajo

Yo autorizo que se transmita información sobre mi salud dental via:

- Mensaje del teléfono celular Mensaje del teléfono de casa Mensaje del teléfono de trabajo

Yo apruebo que me contacten sobre servicios especiales, eventos o información dental nueva vía:

- Confirmacion por teléfono celular Confirmación del teléfono de casa Confirmación del teléfono de trabajo

Nombre en letra de imprenta del paciente (o representante del paciente):

Firma del paciente (o representante del paciente):

Fecha:

***** OFFICE USE ONLY *****

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or patient representative's) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment I could not communicate with the patient The patient refused to sign

- The patient was unable to sign Other _____

Signature of Privacy Officer:

Date:

Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review this information carefully.

1) Dental Practice Covered by this Notice

This Notice describes the privacy practices of Cornerstone Family Dentistry, PC (“Dental Practice”). “We” and “our” means the Dental Practice. “You” and “your” means our patient.

2) How to Contact Us/Our Privacy Official

If you have any questions or would like further information about this Notice, you can contact Cornerstone’s Privacy Official at:

Barrett Wilson
404 Welshwood Drive
Nashville, TN 37211
(615) 333-3382 Phone
(615) 832-1293 Fax

3) Our Promise to You and Our Legal Obligations

The privacy of your health information is important to us. We understand that your health information is personal and we are committed to protecting it. This Notice describes how we may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. Protected health information is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

We are required by law to:

- Maintain the privacy of your protected health information;
- Give you this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to that information; and
- Abide by the terms of our Notice that is currently in effect.

4) Last Revision Date

This Notice was last revised on April 15, 2017.

5) How We May Use or Disclose Your Health Information

The following examples describe different ways we may use or disclose your health information. These examples are not meant to be exhaustive. We are permitted by law to use and disclose your health information for the following purposes:

a. Common Uses and Disclosures

- Treatment.** We may use your health information to provide you with dental treatment or services, such as cleaning or examining your teeth or performing dental procedures. We may disclose health information about you to dental specialists, physicians, or other health care professionals involved in your care.
- Payment.** We may use and disclose your health information to obtain payment from health plans and insurers for the care that we provide to you.
- Health Care Operations.** We may use and disclose health information about you in connection with health care operations necessary to run our practice, including review of our treatment and services, training, evaluating the performance of our staff and health care professionals, quality assurance, financial or billing audits, legal matters, and business planning and development.
- Appointment Reminders.** We may use or disclose your health information when contacting you to remind you of a dental appointment. We may contact you by using a postcard, letter, phone call, voice message, text or email.
- Treatment Alternatives and Health-Related Benefits and Services.** We may use and disclose your health information to tell you about treatment options or alternatives or health-related benefits and services that may be of interest to you.



- vi. **Disclosure to Family Members and Friends.** We may disclose your health information to a family member or friend who is involved with your care or payment for your care if you do not object or, if you are not present, we believe it is in your best interest to do so.
 - vii. **Disclosure to Business Associates.** We may disclose your protected health information to our third-party service providers (called, "business associates") that perform functions on our behalf or provide us with services if the information is necessary for such functions or services. For example, we may use a business associate to assist us in maintaining our practice management software. All of our business associates are obligated, under contract with us, to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than as specified in our contract.
- b. Less Common Uses and Disclosures**
- i. **Disclosures Required by Law.** We may use or disclose patient health information to the extent we are required by law to do so. For example, we are required to disclose patient health information to the U.S. Department of Health and Human Services so that it can investigate complaints or determine our compliance with HIPAA.
 - ii. **Public Health Activities.** We may disclose patient health information for public health activities and purposes, which include: preventing or controlling disease, injury or disability; reporting births or deaths; reporting child abuse or neglect; reporting adverse reactions to medications or foods; reporting product defects; enabling product recalls; and notifying a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.
 - iii. **Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.** We may disclose health information to the appropriate government authority about a patient whom we believe is a victim of abuse, neglect or domestic violence.
 - iv. **Health Oversight Activities.** We may disclose patient health information to a health oversight agency for activities necessary for the government to provide appropriate oversight of the health care system, certain government benefit programs, and compliance with certain civil rights laws.
 - v. **Lawsuits and Legal Actions.** We may disclose patient health information in response to (i) a court or administrative order or (ii) a subpoena, discovery request, or other lawful process that is not ordered by a court if efforts have been made to notify the patient or to obtain an order protecting the information requested.
 - vi. **Law Enforcement Purposes.** We may disclose your health information to a law enforcement official for a law enforcement purposes, such as to identify or locate a suspect, material witness or missing person or to alert law enforcement of a crime.
 - vii. **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your health information to a coroner, medical examiner or funeral director to allow them to carry out their duties.
 - viii. **Organ, Eye and Tissue Donation.** We may use or disclose your health information to organ procurement organizations or others that obtain, bank or transplant cadaveric organs, eyes or tissue for donation and transplant.
 - ix. **Research Purposes.** We may use or disclose your information for research purposes pursuant to patient authorization waiver approval by an Institutional Review Board or Privacy Board.
 - x. **Serious Threat to Health or Safety.** We may use or disclose your health information if we believe it is necessary to do so to prevent or lessen a serious threat to anyone's health or safety.
 - xi. **Specialized Government Functions.** We may disclose your health information to the military (domestic or foreign) about its members or veterans, for national security and protective services for the President or other heads of state, to the government for security clearance reviews, and to a jail or prison about its inmates.
 - xii. **Workers' Compensation.** We may disclose your health information to comply with workers' compensation laws or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness.

6) Your Written Authorization for Any Other Use or Disclosure of Your Health Information

Uses and disclosures of your protected health information that involve the release of psychotherapy notes (if any), marketing, sale of your protected health information, or other uses or disclosures not described in this notice will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law. You may revoke this authorization at any time, in writing, except to the extent that this office has taken an action in reliance on the use of disclosure indicated in the authorization. If a use or disclosure of protected health information described above in this notice is prohibited or materially limited by other laws that apply to use, we intend to meet the requirements of the more stringent law.

7) Your Rights with Respect to Your Health Information

You have the following rights with respect to certain health information that we have about you (information in a Designated Record Set as defined by HIPAA). To exercise any of these rights, you must submit a written request to our Privacy Official listed on the first page of this Notice.

a. Right to Access and Review

You may request to access and review a copy of your health information. We may deny your request under certain circumstances. You will receive written notice of a denial and can appeal it. We will provide a copy of your health information in a format you request if it is readily producible. If not readily producible, we will provide it in a hard copy format or other format that is mutually agreeable. If your health information is included in an Electronic Health Record, you have the right to obtain a copy of it in an electronic format and to direct us to send it to the person or entity you designate in an electronic format. We may charge a reasonable fee to cover our cost to provide you with copies of your health information.

b. Right to Amend

If you believe that your health information is incorrect or incomplete, you may request that we amend it. We may deny your request under certain circumstances. You will receive written notice of a denial and can file a statement of disagreement that will be included with your health information that you believe is incorrect or incomplete.

c. Right to Restrict Use and Disclosure

You may request that we restrict uses of your health information to carry out treatment, payment, or health care operations or to your family member or friend involved in your care or the payment for your care. We may not (and are not required to) agree to your requested restrictions, with one exception: If you pay out of your pocket in full for a service you receive from us and you request that we not submit the claim for this service to your health insurer or health plan for reimbursement, we must honor that request.

d. Right to Confidential Communications, Alternative Means and Locations

You may request to receive communications of health information by alternative means or at an alternative location. We will accommodate a request if it is reasonable and you indicate that communication by regular means could endanger you. When you submit a written request to the Privacy Official listed on the first page of this Notice, you need to provide an alternative method of contact or alternative address and indicate how payment for services will be handled.

e. Right to an Accounting of Disclosures

You have a right to receive an accounting of disclosures of your health information for the six (6) years prior to the date that the accounting is requested except for disclosures to carry out treatment, payment, health care operations (and certain other exceptions as provided by HIPAA). The first accounting we provide in any 12-month period will be without charge to you. We may charge a reasonable fee to cover the cost for each subsequent request for an accounting within the same 12-month period. We will notify you in advance of this fee and you may choose to modify or withdraw your request at that time.

f. Right to a Paper Copy of this Notice

You have the right to a paper copy of this Notice. You may ask us to give you a paper copy of the Notice at any time (even if you have agreed to receive the Notice electronically). To obtain a paper copy, ask the Privacy Official.

g. Right to Receive Notification of a Security Breach

We are required by law to notify you if the privacy or security of your health information has been breached. The notification will occur by first class mail within sixty (60) days of the event. A breach occurs when there has been an unauthorized use or disclosure under HIPAA that compromises the privacy or security of your health information.

The breach notification will contain the following information: (1) a brief description of what happened, including the date of the breach and the date of the discovery of the breach; (2) the steps you should take to protect yourself from potential harm resulting from the breach; and (3) a brief description of what we are doing to investigate the breach, mitigate losses, and to protect against further breaches.

8) Special Protections for HIV, Alcohol and Substance Abuse, Mental Health and Genetic Information

Certain federal and state laws may require special privacy protections that restrict the use and disclosure of certain health information, including HIV-related information, alcohol and substance abuse information, mental health information, and genetic information. For example, a health plan is not permitted to use or disclose genetic information for underwriting purposes. Some parts of this HIPAA Notice of Privacy Practices may not apply to these types of information. If your treatment involves this information, you may contact our office for more information about these protections.



9) Our Right to Change Our Privacy Practices and This Notice

We reserve the right to change the terms of this Notice at any time. Any change will apply to the health information we have about you or create or receive in the future. We will promptly revise the Notice when there is a material change to the uses or disclosures, individual's rights, our legal duties, or other privacy practices discussed in this Notice. We will post the revised Notice on our website (if applicable) and in our office and will provide a copy of it to you on request. The effective date of this Notice is April 15, 2017.

10) How to Make Privacy Complaints

If you have any complaints about your privacy rights or how your health information has been used or disclosed, you may file a complaint with us by contacting our Privacy Official listed on the first page of this Notice.

You may also file a written complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. We will not retaliate against you in any way if you choose to file a complaint.