

**George Y. Soung, DDS, FAAOMS, FACOMS**

Cirujano Oral y Maxilofacial Certificado por la Junta

**Información del Paciente: Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

❏ Mr. ❏ Mrs. ❏ Ms. Nombre.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ❏ Masculino ❏ Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número celular: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otro: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

referido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ médico de cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_licencia de conducir. #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

es usted un estudiante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tiempo completo o a tiempo parcial? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nombre de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona responsable (si tiene menos de 18 años):**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número celular: (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro:(\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de los seguros:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Seguro dental primario** | **Seguro médico primario** |
| Nombre del seguro: | Nombre del seguro: |
| Direccion:  | Direccion:  |
| Número telefónico: | Número telefónico: |
| Número de póliza:  | Número de póliza:  |
| Número de grupo: | Número de grupo:  |
| Dueño de la póliza: | Dueño de la póliza: |
| SS #: Fecha de nacimiento: | SS #: Fecha de nacimiento: |
| Empleador: Número telefónico : | empleador: Número telefónico : |

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. No voy a responsabilizar a mi cirujano o cualquier miembro de su personal responsable de los errores u omisiones que he hecho para llenar este formulario.

**Paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Height: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Weight: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha tenido o tiene actualmente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Afección cardíaca (latidos cardíacos irregulares, problema de válvulas cardíacas, cirugía cardíaca previa, etc.): Sí / No | Describir: |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad importante o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años: Sí / No | Describir: |
| Depresión, ansiedad u otro trastorno de salud mental: Sí / No | Describir: |
| Antecedentes de accidente cerebrovascular y / o ataque cardíaco: Sí / No | Describir: |
| Convulsiones / Epilepsia / Trastorno convulsivo: Sí / No | Último episodio: |
| Presión arterial alta / Presión arterial baja (Círculo Uno) |  |
| Condición pulmonar / respiratoria (asma, EPOC, etc.): Sí / No | Describir: |
| Tuberculosis: Sí / No |  |
| Trastorno de la sangre o sangrado: Sí / No | Describir: |
| Tomar anticoagulantes: Sí / No |  |
| Hepatitis, ictericia, enfermedad hepática: Sí / No |  |
| Problemas de tiroides: Sí / No |  |
| Diabetes: Sí / No | Última HbA1c: Fecha:  |
| Condición renal: Sí / No | Describir: |
| Condición ósea: Sí / No | Describir: |
| Enfermedades infecciosas/contagiosas (VIH, hepatitis C): Sí / No | Describir: |
| Cáncer / Radioterapia: Sí / No | Describir: |
| Reacción a la anestesia o sedación en el pasado: Sí / No |  |
| Cirugías previas: Sí / No | Lista (con FECHA): |
| Consumo de tabaco: Sí / No | Describir: |
| Consumo de alcohol: Sí / No | Si es así, cuántas bebidas por semana: |
| Consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, etc.): Sí / No | Si es así, cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces por semana? |

**Alergias / Medicamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| Por favor, enumere cualquier ALERGIA, incluyendo medicamentos, temporada, alimentos | Por favor, enumere todos los MEDICAMENTOS actuales, incluidos los suplementos herbales **(con DOSIS y FRECUENCIA que los tome):** |
|  |  |

**Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores.  No responsabilizaré a mi cirujano ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario.**

**Firma del paciente/tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr. Initials: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



**George Y. Soung, DDS, FAAOMS, FACOMS**

Cirujano Oral y Maxilofacial Certificado por la Junta

OFICINA DE POLÍTICA FINANCIERA

Elegibilidad y beneficios de seguro serán verificados en el momento de su visita.

No aceptamos ningún seguro HMO.

Usted será responsable de los servicios no cubiertos por su plan.

Su plan de tratamiento será discutido después de su consulta. Vamos a discutir los depósitos de vencimiento y acuerdos financieros. Si la totalidad o parte de su tratamiento no está cubierta por su plan, la porción no cubierta deberá ser pagada en su totalidad antes de la fecha de tratamiento.

En su solicitud, presentaremos una predeterminación de beneficios a su compañía de seguro. Por favor permita 2-6 semanas para una respuesta. Por favor, tenga en cuenta que las pre-determinaciones son sólo estimadas y no es garantía de pago.

Si una determinación previa no se recibe antes de la fecha de la cirugía requerida, un depósito del 50 % se requiere en el momento del servicio.

Si nosotros no estamos en la red de contrato con su compañía de seguro, vamos a requerir el pago del monto total de su visita en ese mismo día, y como cortesía crearemos una reclamación en su nombre y la enviaremos a su compañía de seguro para que ellos le puedan hacer un reembolso.

Como cortesía Charlotte Cirugía Oral e Implantología Center van a presentar todos los reclamos a su seguro en su nombre. Es su responsabilidad de seguir con su compañía de seguros en relación con los pagos que no se reciban dentro de los 60 días.

El pago se realizará dentro de los 60 días de la fecha del servicio. Usted recibirá estados de cuenta mensuales como un recordatorio para seguir con su compañía de seguros.

En el caso de un pago en exceso, un reembolso será publicado para el paciente o garante.

He leído y comprendido los términos de esta política:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente / Garante Fecha



**George Y. Soung, DDS, FAAOMS, FACOMS**

Cirujano Oral y Maxilofacial Certificado por la Junta

REGLA GENERAL HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, **escriba** su nombre aquí Por favor, **firme** con su nombre aquí

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal Descripción de la Autoridad

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o Consentimientos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

Sólo primer nombre \_\_\_\_\_Apellido propio\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** VIA:

Confirmación al Teléfono Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmación al Teléfono de Casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Confirmación al Teléfono del Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_**Cualquiera de las anteriores\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA COMUNICADA VIA:

Confirmación mediante Teléfono celular\_\_\_\_\_\_\_Confirmación mediante Teléfono de casa

Confirmación mediante Teléfono del trabajo\_\_\_\_\_\_\_Mensaje de texto a mi celular

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

For office use only: As Privacy Officer, I have attempted to obtain the patient's signature (or representatives) in this recognition, but I could not because:

It was urgent treatment: \_\_\_\_

I could not communicate with the patient: \_\_\_\_\_\_\_

The patient refused to sign: \_\_\_\_\_\_\_

The patient was unable to sign because: \_\_\_\_\_\_\_

Signature of Privacy Officer HIPAA made ​​EASY All rights reserved



11840 Southmore Drive

Suite 150 Charlotte, NC 28277

P: 704-246-6051 F:704-246-6967

**George Y. Soung, DDS, FAAOMS, FACOMS**

Cirujano Oral y Maxilofacial Certificado por la Junta

**AVISO DE POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Es importante que cuando programe su cirugía, conste a su cita.

**El Dr. Soung es muy particular acerca de correr a tiempo para la cirugía**. Los pacientes que llegan tarde a su procedimiento programado afectan negativamente nuestra capacidad de brindar atención oportuna y eficiente a todos los pacientes posteriores en nuestro horario. Si llega tarde, es posible que se le pida que reprograme su cita (a discreción del Dr. Soung y su personal). Si es así, esa cita se puede reprogramar UNA vez, y se requerirá que el paciente deje un depósito para reservar su próxima cita.

**CANCELACIONES:**

Si tiene que cancelar su cita, REQUERIMOS que nos dé un aviso MÍNIMO de **48 horas (es decir, 2 días hábiles).** Las citas que se cancelen con menos aviso se contarán como perdidas.

**CONFIRMACIONES:**

Se le contactará por teléfono 48-72 horas antes de su cita de cirugía al número que enumeró en su documentación, sin embargo, es responsabilidad del paciente saber la hora / fecha ya. Llamamos al paciente como cortesía.

Requerimos confirmación verbal dentro de las 48 horas de su cita.

**Si no tenemos confirmación verbal, la cita podría estar en riesgo de ser cancelada.**

**El pago se debe realizar en el momento de la cirugía o consulta (si ese es el caso) y se cobrará a la llegada.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del paciente / Padre / Tutor

He leído y entiendo el aviso anterior sobre cancelaciones y reconozco que, si no confirmo mi cita quirúrgica, se eliminará del horario.