

**INFORMACION DEL PACIENTE**

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Mensaje de Texto: SI NO

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN # \_\_\_\_\_

¿Como supo de nuestra oficina?

**INFORMACION DE PAREJA/PADRES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE TRABAJO/ESCUELA**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Trabajo/Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO**

Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT AND RELEASE**

Yo \_\_\_\_\_, certifico que yo (o mi dependiente) tengo  No tengo  cobertura de seguro y asigno directamente a **PEARL SMILE, PLLC** todos los beneficios del seguro. Si hay algún pago para mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no sean pagados por el seguro. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Autorizo la divulgación de información médica a cualquiera de mis proveedores de atención médica o compañías de seguros que puedan ser pertinentes a mi caso. autorizo el pago directo de los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a mí. autorizo la divulgación de mis registros médicos a terceras aseguradores u otras personas a quienes la divulgación sea necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados. Entiendo que el pago completo o cualquier copago relacionado con mi seguro vence en el momento en que se prestan los servicios, sin embargo, acepto pagar un cargo financiero del 1.5% por saldos de más de treinta (30) días vencidos, que es una tasa de porcentaje anual del 18%. Si mi cuenta es remitida a un abogado o a una agencia de cobro para su cobro, acepto pagar todas las comisiones de cobro y los costos judiciales, incluidos los honorarios de los abogados o la agencia de cobro, en la cantidad de treinta y tres y un tercio por ciento (33.3) del endeudamiento total entonces vencido. Una fotocopia del contrato se considerará tan válida como el original. Este contrato es vinculante para las transacciones actuales y futuras.

Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar citas. Si no se da un aviso con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de cita de \$35 al paciente. La política de la oficina también dicta que, si un paciente llega más de 15 minutos tarde a su cita, se volverá a programar y se incurrirá en una tarifa de cita interrumpida.

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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



## Citas y Cancelaciones

Pearl Smile PLLC  
8600 Quioccasin Rd  
Suite 205  
Henrico, VA 23229

En Pearl Smile, creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se programa una cita, se reserva una sala, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Excepto por tratamiento de emergencia y visitas. Usted puede anticipar a que seamos rápidos y, por supuesto, apreciamos su misma cortesía.

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una habitación para sus necesidades particulares. Le pedimos que: si debe cambiar una cita, por favor avise con al menos 24 horas de anticipación o infórmenos si va a llegar tarde. Esta cortesía permite dar su habitación reservada a otro paciente a quien le gustaría que nuestro horario fluya lo más fácil posible.

***Hay un cargo de \$35 por no presentarse a las citas programadas.***

***Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas resultarán en la pérdida de privilegios y/o futuras visitas a nuestra oficina.***

Nuestra oficina envía mensajes y recordatorios de su cita por cortesía. Pero usted es responsable de recordar el día y la hora programada para presentarse.

Una vez que haya firmado este acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones aquí contenidos y el acuerdo tendrá plena vigencia y efecto.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_

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

**Pearl Smile, PLLC(Spanish 2020)**

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Aunque el personal dental solo trata el area de su boca, su boca es parte de su cuerpo. Cualquier problema de salud o medicamento puede afectar la condicion de su boca y dientes.

Tiene Algun Problema Dental?  Yes  No If yes

¿Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un doctor?  Yes  No If yes

¿Esta tomando algun tipo de medicina o pastillas?  Yes  No If yes

¿Tiene alguna articulacion artificial o ha reemplazado alguna?  Yes  No If yes

¿Ha sido hospitalizado o tenido una enfermedad grave?  Yes  No If yes

¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel or algun medicamento que contenga bifenfonatos?  Yes  No If yes

¿Ha tenido algun problema serio en su cuello o cabeza?  Yes  No If yes

¿Esta tomando algun tipo de Anticoagulante como Aspirina?  Yes  No If yes

¿Tiene Osteoporosis?  Yes  No

¿Usa tabaco de cualquier tipo?  Yes  No

Cual el el Nombre, Locacion y Telefono de su Farmacia?  If yes

¿Tiene alguna alergia?

Aspirina  Penicillina  Codeina  Acrylicos

Metal  Latex  Sulfa  Anesthetics Locales

¿alguna alergia no mencionada?  If yes

¿Usa algun tipo de sustancia Controlada?  Yes  No If yes

Solo para mujeres - Esta usted...

Embarazada  Dando Pecho

Si esta embarazada, cual es su fecha de parto?  Yes  No If yes

Nombre y Telefono de su OBGYN  Yes  No If yes

¿Ha tenido, tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

SIDA/HIV Positivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Medicina de Cortisona <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tratamientos de radiacion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Alzheimer's <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Adiccion a drogas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Dialisis Renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre Rehumatica <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfisema Pulmonar <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Artritis/Gota <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Epilepsia o Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Colesterol Alto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Valvula Cardiaca Artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Celula Falciforme <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Astma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Desmayos o mareos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas de sinus <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad en la Sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas deriñon <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problemas de Respirio <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolores de Cabeza <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas del Hgado <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Derrame Cerebral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Pulmonar <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas de Tiroide <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Dolor en el pecho <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ataques Cardiacos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolor en la mandibula <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Tumores <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Cardiaca congenita <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Marcapasos Cardiaco <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas del corazon <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cuidado Psiquiatrico <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presion alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Articulaciones Artificiales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

¿Ha tenido algun problema medico no mencionado en la lista?  Yes  No If yes

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

Signature of Patient, Parent or Guardian:

X

Date: \_\_\_\_\_



# PEARL SMILE, PLLC

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, \_\_\_\_\_, He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

---

Escriba su Nombre

---

Firma

Fecha

Con la firma de este documento, usted permitirá a nuestra oficina a compartir su información con su compañía de seguro, especialistas y otros médicos profesionales mientras sea necesario. ¿Hay personas adicionales a las cuales usted autorice de recibir su información, Ya sea escrito o por teléfono? SI NO

---

Nombre

Relación

---

Nombre

Relación

---

Nombre

Relación

---

Para Uso de la Oficina Solamente

---

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, según lo exige la ley, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_



## Póliza Financiera

Pearl Smile PLLC  
8600 Quioccasin Rd  
Suite 205  
Henrico, VA 23229

Este es un acuerdo entre Pearl Smile PLLC como acreedor y el paciente/deudor nombrado en este formulario. En este acuerdo, las palabras "usted", "su" y "suyo" significan el Paciente/Deudor. La palabra "cuenta" significa la cuenta que se ha establecido en su nombre a la cual se realizan los cargos y se acreditan los pagos. Las palabras "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren a Pearl Smile PLLC.

Al ejecutar este acuerdo, acepta pagar todos los servicios recibidos.

**Servicios:** opciones de pago si no tiene seguro:

1. Eliges pagar con \_\_\_\_ efectivo o \_\_\_\_ tarjeta de crédito/débito el día que se brinda el tratamiento.
2. Ofrecemos financiamiento especial a través de Care Credit.

**Citas ignoradas:** a menos que las citas se cancelen con al menos 24 horas de anticipación, se aplicará una tarifa de cita de \$ 35.00 en su cuenta y usted será responsable de esta tarifa.

Ayúdenos a servirle mejor al mantener sus citas programadas.

**Seguro:** el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. NO somos parte de este contrato, en la mayoría de los casos. Seremos su compañía de seguros primaria como cortesía para usted. Aunque podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía de seguros quien toma la determinación final de su elegibilidad.

No utilizamos los empastes de amalgama (plateado) para adultos, se usan materiales de relleno compuestos. Las compañías de seguros no reconocen estos materiales y pagarán con un plan de tarifas de plata. Usted, ya que el paciente es responsable de la diferencia en estas tarifas. Usted acepta pagar cualquier porción de los cargos no cubiertos por el seguro.

**Cuentas vencidas:** si su cuenta se vence, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Usted comprende que será responsable de todos los costos de cobro, los honorarios de los abogados y los costos judiciales que se producirán en cualquier acción legal.

**Fecha de vigencia:** una vez que haya firmado este acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones aquí contenidos y el acuerdo tendrá plena vigencia y efecto.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_