

Dr. Victor Matute
Registro de Paciente
Consentimiento de Servicios

Nuestra meta es proveer servicios dentales para usted en la manera más beneficiosa posible. Esto requiere nuestro mutuo entendimiento. Por favor lea la siguiente información cuidadosamente y háganos preguntas acerca de cualquier cosa que usted no entienda. Nosotros le contestaremos todas sus preguntas.

1. Yo autorizo al Dr. Victor Matute, D.D.S. asistido por otros dentistas, asistentes dentales, y / o higienistas de su predilección, para realizar tratamiento dental con el uso de radiografías y otros sistemas de ayuda de diagnostico para poder completar un diagnostico total y un plan de tratamiento.

2. Yo entiendo que ciertas partes de tratamiento pueden ser realizadas por profesionales certificados (asistente dental, higienista) además del dentista.

3. Yo entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario el cambio o agregar procedimientos debido a condiciones que fueron encontradas mientras esta trabajando que no fueron visibles durante el examen, siendo él más común tratamiento de canales seguido por procedimiento restauradores. Cambios en el tratamiento resultan en cambios de los cargos originalmente aceptados. Yo le doy mi permiso al Dr. Victor Matute, D.D.S. para que haga cualquier cambio y / o adición que será necesaria.

4. Yo entiendo que radiografías, fotografías, modelos de la boca, y / o otras ayudas diagnosticas que son usadas para un diagnostico preciso y un plan de tratamiento son propiedad del doctor pero copias están disponibles cuando se piden

5. En términos generales, los procedimientos dentales pueden incluir pero no están limitados a:

- Examen completo de la boca, radiografías, y limpieza de los dientes.
- Tratamiento de dientes enfermos o golpeados con restauraciones dentales, compositos, coronas, puentes, extracciones, y / o tratamiento de canales.
- Tratamiento de enfermedades del tejido oral, secundarios a trauma y / o accidentes, y / o infección.
- Construcción de parciales o dentaduras completas de plástico, metal, y / o porcelana.
- Uso de agentes anestésicos, y / o antibióticos, y analgésicos.

6. Yo entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos anteriores. Yo entiendo que en el caso del tratamiento, esta dentistería que existe previamente pueda necesitar ajuste y / o reemplazo.

7. Yo entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos anteriores. Yo entiendo que en el caso del tratamiento, esta dentistería que existe previamente pueda necesitar ajuste y / o reemplazo.

8. Yo he contestado todas las preguntas acerca de mi historia medica y mi condición presente de salud completa y verdaderamente. Yo le he dicho al dentista o a otro personal de la oficina acerca de todas las condiciones, incluyendo alergias, que podrían indicar que yo no puedo recibir medicamentos vía oral, y / o agentes anti-ansiedad. También entiendo que si alguna vez tengo cambio en mi salud o medicamentos, yo le informare al doctor en la siguiente cita

9. Yo autorizo al Dr. Victor Matute, D.D.S. de enviar una lista de los hallazgos y / o cualquier otra información dental al doctor que esta refiriendo, si ha sido una fuente de referencia, o cualquier otro proveedor de cuidados de salud para sus records, como también a cualquier tercera parte como compañía de seguro que podría recibir información.

Yo reconozco que he leído y entiendo esta forma y los significantes de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas en una forma satisfactoria y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento. Yo entiendo que este consentimiento estará en efecto hasta que sea terminado por mí.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Dr. Victor Matute, D.D.S.
Doctor

Dr. Victor Matute
Registro de Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Dirección de Casa: _____ **No. De Apto.** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Sexo: M F **Estatus Marital:** Soltero Casado Divorciado Viudo Otro _____

No. De Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

HIPPA: Tenemos permiso de dejar información de citas o cuentas en su machina contestadora, en los siguientes números?

Números de Teléfono: Casa: _____ Si No

Trabajo: _____ Si No

Beeper: _____ Si No

Celular: _____ Si No

En caso de emergencia, contactar: _____ No. De Tel: _____

HIPPA: El paciente y la persona responsable dan el permiso a la oficina del Dr. Victor Matute de discutir y compartir información de citas, tratamiento, cuentas, o otra información dental con las siguientes personas: _____
_____ (si no escribe nada, cualquier persona viviendo con usted esta aprobada).

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

La persona responsable por esta cuenta es el paciente o la siguiente persona:

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Dirección de Casa: _____ **No. De Apto.** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Sexo: H M **Estatus Marital:** Soltero Casado Divorciado Viudo Otro _____

No. De Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

No de Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Cómo se dio cuenta de nuestra oficina dental? Paciente/Amigo: _____ Paginas Amarillas
 Radio Un Empleado _____ Otro _____

Dr. Victor Matute
Registro de Paciente
INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario:

Nombre del Asegurado: _____ **El asegurado es el paciente?** Si No

Relación al Paciente: Mismo Esposo/a Hijo Otro _____

No. Seguro Social del Asegurado: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección de Casa del Asegurado (si diferente al paciente): _____

No. De Apto: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Empleador del Asegurado: _____ **No. De Grupo:** _____

Co. De Seguro: _____ **No. De ID del Miembro:** _____

Dirección de Co. De Seguro: _____

No. De TEL. de Compañía: _____

INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE

Ha tenido usted algunos de los siguientes problemas, condiciones, o hábitos:

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Alergia (Codeína) | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Desorden Mental | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergia (Penicilina) | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Desorden Nerviosa | |
| <input type="checkbox"/> Alergia _____ | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Marcapaso | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Embarazo | |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | Fecha _____ | |
| <input type="checkbox"/> Válvulas Artificiales | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Verrugas | <input type="checkbox"/> Problemas de Respiración | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Trauma en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas del Sinus | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hemophelia | <input type="checkbox"/> Fumar | |
| <input type="checkbox"/> Químico Dependiente | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago | |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Reparación del Hernia | <input type="checkbox"/> Inflamación de los tobillos | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Defecto Congénito de Corazón | <input type="checkbox"/> Jaundice | <input type="checkbox"/> Tonsilitis | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Cortisona | <input type="checkbox"/> Dolor de la Mandíbula | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Tos Persistente | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Tumores | |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la Tos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea | |

Ha tenido usted algunos de los siguientes problemas o condiciones dentales:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Dientes Flojos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo Dulce | <input type="checkbox"/> Oxido Nitroso |
| <input type="checkbox"/> Mal Sabor | <input type="checkbox"/> Calcas Rotas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo Caliente | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las Enciillas | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal | <input type="checkbox"/> Sensibilidad cuando muerde | <input type="checkbox"/> Anestesia General |
| <input type="checkbox"/> Extracciones | <input type="checkbox"/> Frenios | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo Frió | <input type="checkbox"/> Anestesia Local |

Por favor conteste las siguientes preguntas dentales/medicas:

- Ha tenido que ser o tiene que ser premedicado para tratamiento dental? Si No
- Cada cuanto usa hilo dental? _____
- Cada cuanto se lava los dientes? _____

- Ha usado dentaduras completas o parciales? Si No
- Ha tenido complicaciones después del tratamiento dental? Si No Explique: _____

Dr. Victor Matute
Registro de Paciente

- Ha sido admitido al hospital en los últimos dos años? Si No Explique: _____
- Esta embarazada? Si No
- Esta tomando pastillas anticonceptivas? Si No
- Esta bajo el cuidado de un medico? Si No Explique: _____

Nombre del Doctor: _____ No. De Teléfono: _____

- Tiene otros problemas de salud que necesiten mas explicación? _____
- Por favor liste todos los medicamentos que usted este tomando: _____

TERMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO

En consideración de los servicios provistos por el Dr. Victor Matute y sus empleados, el abajo firmante certifica que conoce y esta de acuerdo (de parte de si mismo, sus hijos, o otros dependientes) con los siguientes términos y condiciones de servicio:

Información Medica: Yo certifico que toda la información proveída al Dr. Victor Matute es verdadera, correcta, y completa y estoy de acuerdo de avisar al Dr. Matute de cualquier cambios que haya en esta información (incluyendo cualquier dependiente). Dr. Matute esta autorizado a usar y relevar a cualquier seguro o agencia de colección cualquier información de salud relacionado a mi o a cualquier dependiente para obtener pago por servicios, determinar beneficios de seguro, o cualquier otro requerido por la ley. El Dr. Matute esta autorizado para contactarme en cualquier numero de teléfono proveído (a menos que lo revoque por escrito) para discutir esta forma o cualquier tema relacionado al tratamiento dental (incluyendo cualquier dependiente).

El Transfiero de Radiografías o Archivo: Si usted necesita sus radiografías o archivo, debe pedirlos por escrito. Hay un cobro por copias de radiografías en la cantidad de \$35.00. Copias del archivo serán cobradas a \$1.00 por página.

Tratamiento; Consentimiento Informado: Yo autorizo al Dr. Matute y a cualquier miembro de staff para realizar todos tratamientos descritos en planes de tratamiento (incluyendo todos los otros servicios determinados por ellos que sean necesarios o apropiados en conexión al plan de tratamiento) aceptado por mi o cualquiera de mis dependientes. La dentistería es un procedimiento biológico y no una ciencia exacta. Por lo tanto, aun cuando se usen los mas altos standards ninguna garantía puede ser dada por el Dr. Matute o cualquier de sus empleados en relación a cualquier tratamiento o los resultados que puedan ser obtenidos. El paciente tiene que cumplir con todas las citas especificadas, procedimientos y cuidado continuado. Falla de cumplir con estas recomendaciones afectara adversamente el tratamiento, requiriendo tratamiento adicional con cargos adicionales. **Fallar citas resultara en los cobros explicados en nuestra póliza de cancelación.**

Responsabilidad Financiera; Seguro: Yo acepto toda responsabilidad para el pago de todos los cargos por todos los servicios del Dr. Matute, sea o no cubierto por el seguro. Mi porción de todos los costos será pagada al comenzar el tratamiento (para tratamientos que necesiten varias citas la porción entera será pagada antes de completar el tratamiento). Cualquier arreglo financiero será hecho antes de comenzar el tratamiento. Toda la información del seguro debe ser presentada antes del tratamiento. Dr. Matute subministra cuentas al seguro para la conveniencia del paciente y no es responsable por procesar estas cuentas o falla del seguro de pagar por cualquier razón. El seguro dental no cubre todos los cobros; beneficios estimados o preautorizados no son garantizados. Yo acepto pagar cualquier balance que no sea pagado por el seguro dentro de 60 días de la fecha del tratamiento. Un cobro de 1.5% mensual será agregado a cualquier cuenta que sea delincente por mas de 30 días. Balances del seguro se consideran delincentes si no son pagados dentro de 60 días de la fecha del servicio. Yo pagare todos los costos del Dr. Matute relacionales a la colección de cualquier balance delincente. Dr. Matute reserva el derecho de negar cualquier tratamiento si la cuenta se convierte en delincente.

Asignación de Beneficios; Autorización y Permiso: Yo certifico que toda la información del seguro es valida y asigno directamente al Dr. Matute todos los beneficios del seguro por los servicios proveídos. Yo estoy de acuerdo que mi firma será mantenida para autorización en la sumisión de cuentas al seguro.

Notificación de Practicas de Confidencialidad: Yo he revisado la copia de las Prácticas de Confidencialidad del Dr. Matute.

POLIZA DE CANCELACION

Nuestra oficina hace todo el esfuerzo para mantener su cuidado lo mas económico posible. Para poder alcanzar esta meta, tenemos la siguiente póliza acerca de las citas perdidas o canceladas. Si necesita cancelar su cita, le pedimos que nos de por lo menos 24 horas de aviso para citas durante la semana, y 48 horas para las citas los sábados. No seguir las instrucciones de PRE-medicación resultara en los mismos cobros. Cancelaciones sin aviso o fallar citas resultaran en los siguientes cobros:

Citas durante la semana - \$25.00 por media hora

Citas los sábados - \$35.00 por media hora

Citas antes o después de horas regulares de oficina - \$45.00 por media hora

Esta póliza ha sido implementada para poder servir mejor a nuestros pacientes.

POLIZA DE COLLECCION DE SU SEGURO

Como una cortesía a nuestros pacientes, nosotros cobramos el porcentaje estimado al momento del tratamiento. Pero, porque su compañía de seguro no garantiza los beneficios hasta que reciben la factura, el paciente es responsable por lo que el seguro no pague, aunque sea más de la cantidad originalmente estimada.

Si una factura tiene mas de 60 días, es total responsabilidad del paciente pagarla y esperar el reembolso de su compañía de seguro. Porque el tiempo del doctor es valioso, el doctor también tiene que ser remunerado por los servicios que le presta.

No hay garantía que ninguna compañía de seguro pagara toda la factura. Los planes de tratamiento que se dan son estrictamente estimado y no es ninguna garantía que la compañía de seguros pagara la cantidad estimada.

Por favor lea cuidadosamente. Haga cualquier pregunta de lo que usted no entiende ANTES de firmar esta forma.

Yo entiendo que mi compañía de seguro podría no pagar mi factura en total, y yo tomo completa responsabilidad de pagar el balance de mi cuenta.

Yo he leído los términos y condiciones de servicios, entiendo, y acepto estos términos.

Nombre del Paciente

Firma de Persona Responsable

Fecha