

Ficha#: _____
 Para el uso de la Oficina Solamente

SAGE DENTAL

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____
Apellido Nombre Segundo Nombre (Nombre Preferido)

Dirección: _____
Calle Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Niño(a) Otro

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ **Seguro Médico ID:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Licencia de conducción #: _____ ****Para uso de la oficina: Copia en el la ficha Si No**

****HIPAA**:** *Usted nos autoriza para dejar información de citas, facturación, o información en su contestador automático, buzón de voz o correo, electrónico en los siguientes números? Favor marcar "Si" o "No" para cada número de contacto:*

Números Telefónicos

Casa: _____ Si No Mejor momento para llamar: _____
 Trabajo: _____ Ext: _____ Si No Mejor momento para llamar: _____
 Celular: _____ Si No Mejor momento para llamar: _____
 Mensaje de texto: _____ Si No
 E-mail: _____ Si No
 Pager: _____ Si No
 Fax: _____ Si No

NECESITA ASISTENCIA PARA COMUNICARCE? Si, explique de que clase _____
 No (No necesito asistencia para comunicarme)

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección del Empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

En caso de emergencia contactar a: _____ **Teléfono:** _____

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE Y/O GUARDIAN

Solamente si la persona responsable de esta cuenta NO es el paciente, completa la siguiente información correspondiente al responsable o guardian:

Nombre del responsable o guardian: _____

Relación con el paciente: Paciente Esposo(a) Hijo(a) Otro

Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Niño(a) Otro

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Licencia de conducción #: _____ ****Para uso de la oficina: Copia en el la ficha Si No**

Números de Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Celular: _____ Pager: _____ Fax: _____

Nombre del Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección del Empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

INFORMACIÓN DE REMISION

Como escuchó sobre nosotros o quien lo remitió a nuestra oficina dental?

- Paciente/Amigo Nuestro Personal Páginas Amarillas Otra Oficina Dental Periódico TV Página Web Boletín
- Su empleador Tarjeta Postal Plan de Seguro La Escuela Otro _____

Nombre de la persona y/o médico que lo refirió: _____

Por favor indique el nombre de su Dentista preferido o Higienista en nuestra oficina: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Principal

Nombre de Suscriptor Primario o Asegurado: _____ Es el asegurado el paciente? Si No
Apellido Nombre Segundo Nombre

Relación con el paciente: Paciente Esposo(a) Hijo(a) Otro _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Inicio de Empleo: _____

Dirección del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Nombre del Empleador del Asegurado: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ext: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Nombre de Seguro/Nombre del Plan: _____ Grupo del Seguro #: _____

Numero de Identificación del Seguro #: _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Seguro Médico

Nombre de Suscriptor/Asegurado: _____ Es el asegurado el paciente? Si No
Apellido Nombre Segundo Nombre

Relación con el paciente: Paciente Esposo(a) Hijo(a) Guardian Legal Otro _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Inicio de Empleo: _____

Dirección del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Nombre del Empleador del Asegurado: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ext: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Nombre de Seguro/Nombre del Plan: _____ Nombre del Grupo #: _____

Numero de Identificación del Seguro #: _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Fecha de última visita dental: _____ Razón para esta visita: _____

Ha tenido alguna vez cualquiera de los problemas de salud enumerados, condiciones o hábitos?

Y N

- SIDA
- Alergia (Codeína)
- Alergia (Penicilina)
- Otra Alergia _____
- Alergia - **No Conocida**
- Reacciones Alergias

- Anemia
- Artritis, Reumatismo
- Valvula de Corazón
- Ligamento Artificial
- Asma
- Problema de Espalda
- Sangrado Anormal
- Enfermedad de la Sangre
- Cancer
- Dependencia Química
- Quimioterapia
- Problema Circulatorio
- Defecto de Corazón
- Tratamiento de Cortisona
- Tos Persistente
- Tos con Sangre

Y N

- Diabetes
- Mareo
- Epilepsia
- Sangrado Excesivo
- Desmayos
- Glaucoma
- Tumores
- Fiebre
- Dolor de Cabeza
- Lesiones en la Cabeza
- Enfermedad Cardíaca
- Soplo en el Corazón
- Hemofilia
- Hepatitis
- Reparación de Hernia
- Hipertención
- Ictericia
- Dolor Mandibular
- Enfermedad del Riñón
- Enfermedad del Hígado
- Desorden Mental
- Prolapcia de la Valvula Mitral
- Desorden Nervioso
- Embarzo

Fecha de Parto: _____

Y N

- Marcapasos
- Tratamiento de Radiación
- Problemas Respiratorios
- Fiebre Reumática
- Reumatismo
- Escarlatina
- Amigdalitis
- Enfermedad de Transmisión Sexual (incluido HIV/SIDA)
- Dificultad para Respirar
- Sinusitis
- Erupción de la Piel
- Fumador desde ____/dia ____/año
- Problemas de Estómago
- Darrame Cerebral
- Inchasón de Pies/Tobillos
- Abuso de sustancias
- Problema de Tiroides
- Tabaquismo
- Tuberculosis
- Tumores
- Ulcera
- Venereal Disease
- Otro: _____

Ha tenido alguna vez cualquiera de los problemas de salud enumerados, condiciones o hábitos?

Y N

- Mal Aliento
- Mal Sabor de Boca
- Encias Sangrantes
- Ortodoncia
- Empastes Dañados
- Chasquido/bruxismo

Y N

- Extracciones
- Alimento Entre los Dientes
- Anestesia General
- Rechinar de Dientes
- Anestesia Local
- Dientes Flojos
- Oxido Nitroso

Y N

- Tratamiento Periodontal
- Sangrado Prolongado
- Sensibilidad a lo Caliente
- Sensibilidad a lo Frio
- Sensibilidad a lo Dulce
- Sensibilidad al Mordar
- Llagas o Ulceras en la Boca

Por favor responder a las siguientes preguntas dentales/médicas:

Ha estado alguna vez o ha tenido que ser pre-medicado para algún procedimiento dental? Si No

Con que frecuencia usa la ceda dental? _____

• Ha usado alguna vez dentadura postiza total o parcial? Si No Por cuanto tiempo la ha usado? _____

• Desea blanquear sus dientes? Si No

• Desea alineamiento dental? Si No

• Mastica usted por un solo lado? Si No

• Ha presentado alguna complicación despues de un tratamiento dental? Si No

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

• Ha sido ingresado a un Hospital o ha requerido atencion de emergencia durante los dos ultimos anos? Si No

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

• Esta usted embarazada? Si No Si no está usted lactando? Si No

• Esta usted tomando medicamentos anticonceptivos? Si No

• Esta usted bajo cuidado o tratamiento médico? Si No

• Nombre del Médico tratante: _____ Telefono: _____

• Tiene usted algún otro problema de salud y cree necesario suministrar más información al respecto? Si No

SAGE DENTAL TERMINOS CONDICIONES DEL SERVICIO

En consideración a todos los servicios proporcionados por Sage Dental Group, contratistas y/o afiliados ("Sage Dental"), el abajo firmante por este medio reconoce y está de acuerdo (en nombre suyo y en el de sus hijos, dependientes y otras personas por quien el firmante sirve como garante o guardian (colectivamente, "dependientes") con los siguientes términos y condiciones del servicio:

Información Médica. El abajo firmante por este medio certifica que toda la información proporcionada a Sage Dental es verdadera, correcta y completa, y está de acuerdo en informar de manera oportuna a Sage Dental de cualquier cambio en cualquier información presentada (incluida la pertinente a cualquier dependiente). Sage Dental esta autorizado a usar y revelar a cualquier compañía de seguro, facturación, dirección o procesamiento, agencia u organización cualquier información médica/archivos medicos relacionados con el firmante o cualquier dependiente para obtener el pago de los servicios prestados, determinar los beneficios médicos o cualquier otro motivo determinado por la ley. Sage Dental está autorizado para contactar el firmante en cualquier número de teléfono proporcionado (a menos que sea revocado este derecho por escrito) para discutir esta forma y cualquier facturación, tratamiento, o cualquier asunto relacionado con cualquier tratamiento dental (incluyendo el de cualquier dependiente).

Tratamiento; Consentimiento dado. El abajo firmante autoriza a Sage Dental y a cualquier dentista tratante, higienista y/o personal para realizar todo el tratamiento descrito en cualquier plan de tratamiento (incluyendo todos los servicios determinados por el dentista que sean necesarios o apropiados de acuerdo al plan de tratamiento) aceptado por el abajo firmante para él/ella o cualquier dependiente. La odontología es un procedimiento biológico no una ciencia exacta; por lo tanto, a pesar del estandar más alto de cuidado, ninguna garantía es o puede ser dada por Sage Dental o cualquier dentista o cualquier otra persona empleada o contratada por Sage Dental en relación con cualquier tratamiento o los resultados que puedan ser obtenidos. El paciente debe cumplir con todas las citas especificadas, los procedimientos y debe seguir el tratamiento requerido, el no seguir el tratamiento o no cumplir con las citas dadas afectará adversamente el tratamiento del paciente en la mayoría de los casos requiriendo tratamientos adicionales (o rehacer el tratamiento) con costos adicionales. El no asistir dentro de los 15 minutos despues de la hora señalada para la cita, o avisar con 48 horas de anticipación la cancelación de la cita cualquiera sea la razón, resultara en costo por cita no cumplida. Sage Dental no ejerce control sobre los tratamientos dentales de cualquiera de sus dentistas; por consiguiente, el firmante podrá hacer responsable únicamente al dentista tratante por cualquier tratamiento realizado (incluso, y sin excluir tratamientos realizados bajo la supervision del dentista) y acepta no hacer parte a Sage Dental y sus oficiales, directivos, dueños y afiliados de ninguna reclamación, demanda legal, perdida, o daño relacionado con cualquier tratamiento dental. Los honorarios indicados en citas y planes de tratamiento para no asegurados/planes dentales de descuento son únicamente validos por 30 días; todos los seguros/planes de descuento están sujetos a cambio en cualquier tiempo basado en los cambios de los precios establecidos en el plan de seguro o para corregir errores.

Responsabilidad financiera; seguro. EL PACIENTE Y/O GUARDIAN QUE FIRMA ASUME TOTAL RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE TODOS LOS COSTOS Y CARGOS CAUSADOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR SAGE DENTAL, SEAN O NO CUBIERTOS POR SU SEGURO. LOS PAGOS CORRESPONDIENTES AL PACIENTE (INCLUIDOS TODOS LOS DEDUCIBLES Y COPAGOS) SON DEBIDOS Y PAGADEROS EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DE REALIZARSE EL SERVICIO (Para tratamientos que necesitan multiples citas, tales como coronas, tratamiento de conducto, protesis dentales o implantes, la parte total del valor correspondiente al paciente debe ser pagada normalmente al momento del inicio del tratamiento). Cualquier arreglo financiero especial debe ser hecho antes de iniciar el tratamiento. Todos los seguros, planes de descuento y cupones de descuento deben ser presentados **ANTES** de iniciar el tratamiento. Sage Dental presenta reclamaciones únicamente del seguro primario para la conveniencia de los pacientes y no asume responsabilidad por el procesamiento de dichos seguros o el no pago por parte del seguro por cualquiera que sea la razón. **Los seguros dentales raramente cubren todos los costos del tratamiento; estimados o preautorización de beneficios no están garantizados.** El firmante se compromete a pagar una vez sea requerido y de manera pronta cualquier balance no pagado por el seguro dentro de los 60 días de la fecha del servicio. Un cargo de servicio del 1 ½% por mes (18% por año) sera cobrado para todos los balances pasados mas de 30 días de la fecha de pago. Balances de seguro son considerados vencidos cuando no son pagados dentro de los 60 días despues de la fecha del servicio. El firmante deberá pagar todos los gastos en que incurra Sage Dental relacionados con procesos de cobro de cualquier balance no pagado o vencido (incluido y sin limitación de gastos de abogados y agencias de cobro, costo de corte y paralegales) sea o no que se presente una demanda. Sage Dental se reserve el derecho de terminar o negar cualquier servicio si hay un balance no pagado o vencido.

Asignación de Beneficios; Autorización y entrega. El abajo firmante certifica por este medio que toda la información de seguro descrita arriba es actual y válida y adjudica a Sage Dental todos los beneficios del seguro que cubren al firmante o cualquier Dependiente por todos los servicios recibidos. El firmante por este medio se compromete a que su firma abajo se mantendrá en los "archivos", Sage Dental esta autorizado para usar dicha firma en todas las reclamaciones de seguro que apliquen y sumisiones.

Nota de Practicas Privadas. El abajo firmante a revisado una copia de nota de privacidad de Sage Dental efectiva en Abril 14 de 2013.

He leído los terminos y condiciones del servicio de Sage Dental Group y entiendo y acepto dichos terminos:

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Paciente/Persona Responsable
(Para menores, padres or guardian legal deben firmar)

Fecha

Relación con el Paciente

HIPAA REGULACIÓN

Concentimiento del Paciente Para Recibir Correo y/o Mensajes Telefónicos

Nombre del Paciente: (Nombre Legible)

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

1. Tenemos su permiso para enviar recordatorio de tratamiento y citas a su casa? Si ____ No ____

2. Tenemos su permiso para dejar la siguiente información en el contestador o correo de voz de su casa?

Información de citas Si ____ No ____

Información de Cuentas Si ____ No ____

Información dental/medica Si ____ No ____

3. Tenemos su permiso para dejar la siguiente información en el contestador o correo de voz de su trabajo?

Información de citas Si ____ No ____

Información de Cuentas Si ____ No ____

Información dental/medica Si ____ No ____

4. Tenemos su permiso para enviar la siguiente información a su e-mail dado a nosotros en su forma de registro de paciente?

Información de citas Si ____ No ____

Información de Cuentas Si ____ No ____

Información dental/medica Si ____ No ____

5. Tenemos su permiso para enviar la siguiente información a su teléfono celular (incluyendo mensajes de texto) dado a nosotros en su forma de registro de paciente?

Información de citas Si ____ No ____

Información de Cuentas Si ____ No ____

Información dental/medica Si ____ No ____

6. Tenemos su permiso para enviar la siguiente información a su maquina de fax al número dado a nosotros en su forma de registro de paciente?

Información de citas Si ____ No ____

Información de Cuentas Si ____ No ____

Información dental/medica Si ____ No ____

7. Yo por medio de este documento doy autorización para compartir información referente a mi con la(s) persona(s) que enuméro a continuación:

Nombre

Nombre

Fecha: _____

Firma: _____

Testigo: _____

Nombre Legible: _____

Nombre Legible: _____

Relación con el Paciente: Paciente Esposo(a) Padre/Madre Hijo(a) Guardian Legal Otro _____

April 14, 2003

Sage Dental Group 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 IT CAREFULLY.

The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires all health care records and other individually identifiable health information (protected health information) used or disclosed to us in any form, whether electronically, on paper, or orally, be kept confidential. This federal law gives you, the patient, significant new rights to understand and control how your health information is used. HIPAA provides penalties for covered entities that misuse personal health information. As required by HIPAA, we have prepared this explanation of how we are required to maintain the privacy of your health information and how we may use and disclose your health information.

Without specific written authorization, we are permitted to use and disclose your health care records for the purposes of treatment, payment and health care operations.

- **Treatment** means providing, coordinating or managing health care and related services by one or more health care providers. Examples of treatment would include crowns, fillings, teeth cleaning services, etc.
- **Payment** means such activities as obtaining reimbursement for services, confirming coverage, billing or collection activities, and utilization review. An example of this would be billing your dental plan for your dental services.
- **Health Care Operations** include the business aspects of running our practice, such as conducting quality assessment and improvement activities, auditing functions, cost-management analysis, and customer service. An example would include a periodic assessment of our documentation protocols, etc.

In addition, your confidential information may be used to remind you of an appointment (by phone or mail) or provide you with information about treatment options or other health-related services including release of information to friends and family members that are directly involved in your care or who assist in taking care of you. We will use and disclose your protected health information when we are required to do so by federal, state or local law. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION to public health authorities that are authorized by law to collect information to a health oversight agency for activities authorized by law included but not limited to: response to a court or administrative order, if you are involved in a lawsuit or similar proceeding, response to a discovery request, subpoena, or other lawful process by another party involved in the dispute, but only if we have made an effort to inform you of the request or to obtain an order protecting the information the party has requested. We will release your PROTECTED HEALTH INFORMATION if requested by a law enforcement official for any circumstance required by law. We may release your PROTECTED HEALTH INFORMATION to a medical examiner or coroner to identify a deceased individual or to identify the cause of death. If necessary, we also may release information in order for funeral directors to perform their jobs. We may release PROTECTED HEALTH INFORMATION to organizations that handle organ, eye or tissue procurement or transplantation, including organ donation banks, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation if you are an organ donor. We may use and disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION when necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another individual or the public. Under these circumstances, we will only make disclosures to a person or organization able to help prevent the threat. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION if you are a member of U.S. or foreign military forces (including veterans) if required by the appropriate authorities. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION to federal officials for intelligence and national security activities authorized by law. We may disclose PROTECTED HEALTH INFORMATION to federal officials in order to protect the President, other officials or foreign heads of state, or to conduct investigations. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION to correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of a law enforcement official. Disclosure for these purposes would be necessary: (a) for the

institution to provide health care services to you, (b) for the safety and security of the institution, and/or (c) to protect your health and safety or the health and safety of other individuals or the public. We may release your PROTECTED HEALTH INFORMATION for workers' compensation and similar programs.

Any other uses and disclosures will be made only with your written authorization. You may revoke such authorization in writing and we are required to honor and abide by that written request, except to the extent that we have already taken actions relying on your authorization.

You have certain rights in regards to your PROTECTED HEALTH INFORMATION:

- The right to request restrictions on certain uses and disclosures of PROTECTED HEALTH INFORMATION, including those related to disclosures to family members, other relatives, close personal friends, or any other person identified by you.
- The right to request to receive confidential communications of PROTECTED HEALTH INFORMATION from us by alternative means or at alternative locations.
- The right to access, inspect and copy your PROTECTED HEALTH INFORMATION.
- The right to request an amendment to your PROTECTED HEALTH INFORMATION.
- The right to receive an accounting of disclosures of PROTECTED HEALTH INFORMATION outside of treatment, payment and health care operations.
- The right to obtain a paper copy of this notice from us upon request.

You can exercise your rights by presenting a written request to our Privacy Officer at the practice address listed below. We are, however, not required to agree to a requested restriction. If we do agree to a restriction, we must abide by it unless you agree in writing to remove it.

We are required by law to maintain the privacy of your PROTECTED HEALTH INFORMATION and to provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to PROTECTED HEALTH INFORMATION.

We are required to abide by the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect. We reserve the right to change the terms of our Notice of Privacy Practices and to make the new notice provisions effective for all PROTECTED HEALTH INFORMATION that we maintain. Revisions to our Notice of Privacy Practices will be posted on the effective date and you may request a written copy of the Revised Notice from the address listed below.

You have the right to file a formal, written complaint with us at the address below or with the Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights, in the event you feel your privacy rights have been violated. We will not retaliate against you for filing a complaint.

For more information about our Privacy Practices, please contact:

Dr. Neal Ziegler, Dental Director
Sage Dental Group
951 Broken Sound Parkway, Suite 250
Boca Raton, FL 33486
Ph #: (561) 999-9650

For more information about HIPAA or to file a complaint:

The U.S. Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
877-696-6775 (toll-free)