

# HOWE DENTAL ASSOCIATES

15 HOWE AVENUE, SUITE 2B  
PASSAIC, NJ 07055  
TEL 973-365-1931

## ACUERDO FINANCIERO

Nuestro objetivo es proporcionar la mejor calidad de la atención dental posible y tener una comunicación clara de nuestra política financiera.

**TODAS LAS CUENTAS SE DEBEN PAGAR EN EL MOMENTO DE SERVICIO.** Si un procedimiento requiere varias citas, se requiere el pago en su totalidad en la primera cita.

### Opciones de pago:

1. Cash
2. Cheque
3. Tarjeta de Credito -Master Card, American Express, Visa, Discover
4. Credito por cargos recurrentes:
  - a. Tratamiento excede \$ 200
  - b. Plan no podrá exceder de 4 meses

**Pacientes con seguro:** El paciente es responsable de las porciones, procedimientos y / o deducibles no cubiertos estimado en el momento del servicio, o el paciente puede firmar una autorización de tarjeta de crédito para facturar a su tarjeta de crédito DESPUÉS de que el seguro ha pagado por la visita. Si la compañía de seguros no paga después de 60 días, vamos a cobrarle directamente por el saldo total.

**El paciente que no acompañe a su hijo** a una cita debe hacer arreglos previos para el pago (cheque de caja, o autorización de tarjeta de crédito).

**Los padres que acompañen a sus hijos** son financieramente responsable del pago.

Un interés anual del 18% se cobra por cualquier saldo pendiente de pago. Una tarifa de \$ 15 se cobra por falta de pago.

Hay un cargo de procesamiento de \$ 30.00 para los fondos insuficientes o cheques devueltos.

Hay un cargo nominal para el lanzamiento o copias de los registros.

Debido instrumentos, sillas, y personal están exclusivamente reservadas para su cita, hay un cargo de **\$ 25 para CITAS NO CANCELADAS antes de 24 horas.**

Yo, \_\_\_\_\_, de acuerdo con estos términos financieros.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_

# HOWE DENTAL ASSOCIATES

MICHAEL WEINER, DDS

15 HOWE AVENUE, SUITE 2B, PASSAIC, NJ 07055

PH: 973-365-1931 | FX: 973-365-1590

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle, favor de completar el siguiente formulario confidencial. La información proporcionada es importante para su salud dental.

FECHA \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

### PACIENTE

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #Seguro Social \_\_\_\_\_  M  F  
Si menor, nombre de padre/madre \_\_\_\_\_ # Casa \_\_\_\_\_ # Cell \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 soltero/a  casado/a  viudo/a  divorciado/a  separado/a Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL PRIMARIO NINGUN

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre se asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación  esposo/a  hijo/a  otro

### SEGURO DENTAL SEGUNDARIO NINGUN

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre se asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación  esposo/a  hijo/a  otro

### HISTORIAL MEDICA DE SALUD

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?  
(Por favor marque el que correspona)

- Cancer / tumor
- Enfermedad del corazón o angina
- Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco
- Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática
- Articulación artificial o válvula
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Tuberculosis u otras enfermedades pulmonares
- Enfermedad del riñón
- Hepatitis u otra enfermedad hepática
- Alcoholismo
- Transfusión de sangre
- Diabetes
- Condición neurológica
- Epilepsia , convulsiones o desmayos
- Condición emocional
- Artritis
- Herpes o herpes labial
- SIDA o VIH positivo
- Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
- Anemia o trastornos sanguíneos
- Sangrado anormal después de extracciones , cirugía o trauma
- Fiebre del heno o problemas de sinusitis
- Alergias o urticaria
- Asma

¿Es alèrgico/a, o a tenido alguna reacción a las siguientes?

- Materiales de látex
- Penicilina o otros antibióticos
- Anestésicos locales ( " novocaína " )
- Codeína u otros narcóticos
- Drogas sulfamidas
- Barbitúricos , sedantes o pastillas de dormir
- Aspirina
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna de las siguientes ?

- Aspirina
- Anticoagulantes
- Medicamentos antibióticos o sulfamidas
- Medicamentos para la presión arterial alta
- Antidepresivos o tranquilizantes
- Insulina, Orinase, o otra droga para diabetes
- Nitroglicerina
- Cortisona o otros esteroides
- Medicamento para osteoporosis
- Otro: \_\_\_\_\_

**Mujeres:**

- Embarazada
- Fecha estimada para dar a luz \_\_\_\_\_
- Tomando hormonas o anticonceptivos

¿Fuma o usa tabaco de mascar?  si  no

Nombre de su medico: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna enfermedad, afección o problema no mencionados anteriormente?  si  no

En caso si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Firma de paciente (padre/madre) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Howe Dental Associates

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Birth \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN B: CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente autorizo y solicito la prestación de servicios dentales y de la utilización de cualquier procedimiento Dr. Weiner estime necesarias para tratamiento. Entiendo que el Dr. Weiner y su equipo usarán técnicas de gestión clínica y de pacientes que son razonables, es necesario y aconsejable. También autorizo la administración de anestésicos o analgésicos que considere oportunas por el Dr. Weiner. Yo entiendo que el propósito para el uso de anestésicos locales puede ser terapéutico, de diagnóstico, o para el tratamiento de dolor facial. Entiendo que las complicaciones potenciales incluyen, pero no se limitan a dolor, hinchazón, moretones, apertura limitada temporal, y la infección local. Entiendo que en casos ocasionales de la anestesia puede ser prolongado y en casos muy raros permanente.

Entiendo que soy responsable de la consecución de los rayos X actuales que pueden haber sido tomadas en una oficina anterior. Si yo no obtengo ellos, me permito la reconquista de las radiografías necesarias.

Entiendo que cualquier plan de tratamiento presentaron, junto con las tasas señaladas, podría cambiar en función del tiempo transcurrido desde el examen y la extensión de la patología dental. De vez en cuando, una vez se ha iniciado el plan de tratamiento, pueden surgir complicaciones que dictan los procedimientos o tratamientos adicionales. Dr. Weiner, o su personal siempre me asesore de cualquier cambio.

En el caso de que el Dr. Weiner, o de su miembro del personal está expuesto a mi sangre u otros fluidos corporales, acepto haber sacado mi sangre y la prueba del virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (HCV), y el de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que esta prueba se llevaría a cabo de manera confidencial y se pondrá a disposición sólo a la persona que estaba al descubierto, y la persona que iba a ser informado de sus / sus derechos respecto a la información de salud protegidaC:.

### SECCION C: FIRMA

\_\_\_\_\_  
Paciente Impreso / Tutor

\_\_\_\_\_  
Paciente / Guardián Fecha

Por Guardianes, tenga en cuenta su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

***USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO después de firmarlo.***