

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

APT  LOT  SPACE: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

# de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_ # de Otro Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Sexo:  H  M  Otro \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Casada  Soltero/a  Divorciada  Separado/as  Viudo/a

Estado Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Medio  Retirado/a  Ninguna

Student Status:  Tiempo Completo  Tiempo Medio  Ninguna

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ # de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Medico de atencion primaria: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**Consentimientos:**

Los siguientes formularios proporcionan información sobre su atención dental en Brush Dental. Recibirá una copia de cada documento. Sus iniciales y firma a continuación indican que recibió una copia, comprende la información y acepta los términos y condiciones descritos en todos los documentos proporcionados.

\_\_\_\_\_ **Información de Brush Dental** – Este documento tiene información básica que todos los pacientes deben saber.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento o Tratamiento** - Este documento le permite a usted y a cualquier miembro de la familia de 17 años o menos de quien usted es padre o tutor legal recibir tratamiento dental en Brush Dental.

\_\_\_\_\_ **HIPAA Aviso de prácticas de privacidad** – Este documento aviso información sobre el uso de su info de salud.

\_\_\_\_\_ **Política de derechos y responsabilidades financieras del paciente** – Este documento le informa que Brush Dental espera el pago de los servicios en la fecha del servicio prestado y para mantener actualizada la información de su seguro para que podamos facturar sus servicios cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_ **Acuerdo y política de Medicaid & CHP+** - Este documento le informa sobre su derecho responsabilidades como paciente de Health First Colorado.

\_\_\_\_\_ **Política de citas perdidas y tardías** - Perder citas o llegar 10 o más minutos tarde puede resultar en despido de servicios de Brush Dental.

\_\_\_\_\_ **Autorización para divulgar información a miembros de la familia** - Según los requisitos de HIPAA, no podemos dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente.

Por favor, proporcione la información necesaria si desea autorizar a alguien:

✓ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

✓ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Autorización para dejar mensajes detallados** - Para acelerar la recepción de la información necesaria, indique a continuación si desea dar su consentimiento para dejar mensajes detallados. Autorizo a Brush Dental a dejar toda la información pertinente en mi correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto.

✓ **El método de comunicación más preferido:**  Llamada  mensaje de Texto  Correo Electrónico

✓ **Me gustaría recibir:**  Recordatorios de citas  Información de seguro  Estado de cuenta

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DE LA PACIENTE, PADRE(S) O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE, PADRE(S) O TUTOR