

AVISO!!!!!!!!!!

A Partir de May 14, 2012

**SI INTENTA ENGANAR A ESTA PRACTICA
(CLINICA)
DANDO INFORMACION FALSA DE SU
LIMPIEZA DENTAL,
EXAMEN, CONSULTAS O CUALQUIER OTRO
TRABAJO
DENTAL, VAMOS
ALERTAR A MEDICAID DE SU FRAUDE DE
MEDICAID Y USTED
PERDERIA SUS BENEFICIOS DE MEDICAID DE
FORMA
PERMANENTE...**

**USTED SERA RESPONSABLE POR LA CANTIDAD
COMPLETA
DE TODOS LOS GASTOS ADEMAS DE TODOS LOS
GASTOS DE
COBRANZA RELACIONADOS CON SU SOLICITUD**

Padre/Guardian _____ Fecha _____
Lista los nombres y fecha de nacimiento de todos los niños menores de edad tratados por el Dr. Ramsey Wilson..

_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del Pacient: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre de los padres y Seguro Social: _____

Hay algun familiar que es un paciente aqui? Si es asi, Quien? _____

Direccion del Paciente: _____
P.O. Box o Rt. Y P.O. Box Ciudad Estado Codigo

Telefono: _____ Telefono de Negocio: _____

Sexo: _____ Raza: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero_Casado_Separado_Viudo_Divorciado_ Nombre de esposo/a _____

Telefono de esposo/a Negocio: _____

Nombre de Medico Familiar: _____ Telefono: _____

Empleador del Paciente: _____ Ocupacion: _____
Empleador de Padres si es menor de edad

Direccion del Empleador mencionado arriba: _____

Persona responsable de la cuenta: _____

Direccion(Si es diferente del Paciente): _____

Como va pagar esta cuenta? Efectivo__Cheque__Seguro Medico__Medicaid__Visa/MC__Chip__

Nombre y direccion de la compania de seguro dental: _____

Nombre en la Poliza: _____ Numero de Poliza: _____

Numero de Medicaid: _____

A quien podemos agradecer por referirlo aqui? _____

POR FAVOR LEA:

El pago se debe en el momento de recibir los servicios. Aceptamos Visa y MasterCard.

Si el paciente es menor de 18 anos, el padre que solicita tratamiento se hace responsable de todos los cargos...

A partir del 1 de Septiembre de 1999, nuestra oficina no aceptara asignaciones de seguro para los pacientes. Nosotros someteremos su seguro para que usted pueda ser reembolsado. Sin embargo, el pago total se debe en el momento de servicios.

Cuentas atrasadas se colocaran con una oficina de Credito para la coleccion. Entiendo que si mi cuenta requieri una accion por una agencia de cobros o abogado con el fin de asegurar el pago, las tarifas aplicadas por estos agentes se suman al saldo vencido y no pagado por mi cuenta.

Doy mi consentimiento completo al Dr. Ramsey E. Wilson, D.M.D., y su personal para rendir el cuidado dental para mi/mi hijo y estoy de acuerdo que soy finalmente la persona responsable del pago de cualquier y todos los gastos incurridos.

Yo reconozco y acepto las politicas(regias) establecidas arriba..

FIRMA: _____
Padre/Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Apellido Nombre Segundo Nombre

HISTORIAL MEDICA

- | | | SI | NO |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Esta bajo tratamiento medico actualmente?.....
Si es asi? Para que? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Alguna vez ha recibido radioterapia o quimioterapia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Es usted alergico a algun tipo de medicamento?.....
Si es asi, a que? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Cualquier tipo de joyas le causa irritacion a su piel?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Alguna vez a tomado o esta tomando medicamentos para problemas nerviosas o emocionales?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Si es asi, que? _____ | | |
| 7. | Alguna vez ha tenido reemplazo de cadera o cirugia de implantes de cualquier tipo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Si es asi, que cirugia se hizo y cuando? _____ | | |
| 9. | (Mujere) Esta embarazada?.....
Si es asi, cuantos meses tiene de embarazo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Alguna vez has tenido problemas con el sangrado despues de las extracciones o cirugia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Usted toma aspirinas diariamente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Toma usted alguna clase de adelgazador de la sangre?.....
Si es asi, que? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES QUE AHORA TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:

- | | | | |
|-------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Fiebre reumatica | Diabetes | Epilepsia | Hiperglucemia |
| Soplo del Corazon | Tuberculosis | Falta de aire | Hipertiroidismo |
| Ataque de Corazon | Marcapaso | Desmayos | Autismo |
| Angina de Pecho | Mental/trastorno nervioso | Sida | Sindrome de Down |
| Presion alta | Ataque Cerebral | VIH | ADHD |
| Asthma | Hepatitis | Hipoglucemia | ADD |

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. | Le han dicho alguna vez que tome antibioticos antes de cualquier tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 15. | Esta Usted en general en buen estado de salud en este momento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Tiene otra enfermedad o problemas que no se han mencionado aqui? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Utiliza usted oxido nitroso (gas de risa)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HAGA UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO Y POR QUE

Firma _____ Fecha _____

Ramsey E. Wilson
P.O. Box 729
Collins, Ms. 39428
Office: (601) 765-4405
Fax: (601) 765-0536

POLIZA DE SEGURO

Si usted tiene Seguro Dental, lo vamos archivar por ustedes como una cortesía. Usted tendrá que pagar el deducible y cualquier cantidad no cubierta por su compañía de seguros, en el momento de cada visita. Las compañías de seguros no pagan por el Oxido Nitroso (gas hilarante). Usted tendrá que pagar por ello en el momento de cada visita. Algunas compañías de seguros (ejemplo: Delta Dental de Arkansas) no paga directamente al dentista. En este caso, usted tendrá que pagar todos los cargos en su totalidad, en el momento del tratamiento. Vamos a presentar su reclamo a la compañía de seguros y la compañía de seguros le enviara el pago directamente a usted. Entiendo que debo pagar cualquier cantidad de deducible y coseguro no cubierto por mi compañía de seguros. Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Si el paciente llega **mas de 15 minutos tarde**, preparece para cambiar su cita.

POLIZAS DE MEDICAID

Necesitamos tarjeta de Medicaid y número de seguro social para cada paciente y sus padres/guardian. También necesitamos una identificación válida con fotografía del padre/guardian si el paciente es un menor de edad. Todos los pacientes de 18 años o más están obligados a pagar \$3.00 co-pago por cada visita. El Oxido Nitroso (gas hilarante) no está cubierto. Usted tendrá que pagar por esto antes de que lo atiendan. Si usted no puede pagar en la fecha de su cita, entonces usted tendrá que cambiar la fecha de su cita. Si el paciente llega **mas de 15 minutos tarde**, preparece para cambiar su cita.

SI USTED NO TIENE SEGURO DENTAL

Si usted no tiene seguro dental, usted tendrá que pagar por los servicios en el momento que se le rendan los servicios. Si usted no tiene seguro dental, por favor hable del costo del tratamiento con el Dr. Wilson, su asistente, o higienista antes de que se lleve a cabo cualquier trabajo dental, de lo contrario, usted será responsable del pago de cualquier trabajo que se le ha hecho. Si el paciente llega **mas de 15 minutos tarde**, preparece para cambiar su cita.

He leído y entiendo que todos los servicios no cubiertos, copagos y deducibles, que no son cubiertos por mi compañía de seguro o Medicaid/CHIP debe ser pagado en la fecha que los servicios son prestados. También entiendo que soy responsable por todos los gastos, si no tengo seguro dental o Medicaid/CHIP y que todos los servicios deben ser pagados en la fecha de servicio. **Yo he leído y entiendo, con lo mejor de mi conocimiento, la siguiente política.**

Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

NUEVA POLITICA (REGLAS) DE MEDICAID/C.H.I.P.
SOBRE LAS CITAS PERDIDAS

EFFECTIVO JUNIO 21, 2011:

Si usted no puede asistir a su cita, le pedimos que llame con 24 horas de anticipacion para cancelar o reprogramar su cita. Tras perder una cita

TODOS los pacientes deben pagar \$25.00. Despues de 2 citas perdidas

TODOS los pacientes deben pagar \$50.00. Despues de 3 citas perdidas ya no

podremos aceptar su Medicaid/CHIP como pago. El paciente tendra que

pagar en efectivo o con targeta de credito para todos los procedimientos.

Gracias por su cooperacion en este asunto..

DR. Ramsey E. Wilson

Al mejor de mi conocimiento tengo entendido y he leído la siguiente politica (reglas).

Padre/Guardian firma: _____ Fecha: _____

Dr. Ramsey E. Wilson, DMD

**RECONOCIMIENTO QUE RECIBIO LA NOTIFICACION
DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Si el paciente es menor de 18 años, esto debe ser firmado por el padre o guardian legal

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Practicas
de Privacidad de esta oficina.

Por favor escriba su nombre (Paciente, Padre o Guardian)

Firma de (Paciente, Padre o Guardian)

Fecha

Para Uso de Oficina Solamente

Intentamos obtener confirmacion por escrito de la recepcion de la Notificacion de Practicas de
Privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

- Individual se nego a firmar
- Barreras de comunicacion prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situacion de emergencia nos impidio obtener el reconocimiento
- Otros (por favor especificar)