



**Stellar
Orthodontics**



Sleepy Tooth Orthodontics, LLC

844-727-2237

info@stellarorthode.com

www.stellarorthode.com

1. Informacion del Paciente

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ Dama ☐ Varon
Estado Marital: ☐ Soltero ☐ casado	Seguro Social, ITIN o EIN del Paciente		Relacion del paciente	
Calle y numero:	Ciudad:	Estado:	Codigo Zip:	
Celular:	Casa:	Trabajo:		
Email:	Metodo de contacto preferido: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Email			

2. Informacion del responsable de la cuenta (solo si es diferente de la informacion anterior):

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:		
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social, ITIN o EIN del Responsable Financiero:	Sexo: ☐ Dama ☐ Varon ☐ Otro	Estado Marital: ☐ Soltero ☐ casado	
Calle y numero:	Apt./Unit #:	Ciudad:	Estado:	Codigo Zip:
Celular:	Casa:	Trabajo:		
Email:	Metodo de contacto preferido: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Email			

3. Persona Responsable: Por favor tomar foto de su indentificacion

4. Como escucho de nuestra oficina o quien lo ha referido para nosotros poder agradecerle?

fuelle de referencia

☐ Google ☐ Dentista ☐ Redes sociales ☐ Publicidad en la calle ☐ a traves de mi seguro medico

Familiar o amigo (Ingrese nombre) Otro sitio de internet Otro

5. Cual es su principal interes o deseo?

6. Tome una fotografia de sus dientes que muestre su principal preocupaci3n. Si no est3 seguro, env3e una foto de su sonrisa. (se aceptan varias fotos)

7. Si tuvieras una varita m3gica 3qu3 te gustar3a ver en tu sonrisa?

8. Ha tenido usted un tratamiento de ortodoncia en el pasado?

☐ Si

☐ No

9. Informacion general de su dentista:

Nombre del dentista:

a visitado su dentista en los ultimos 6 meses?:

☐ Si ☐ No

Se ha realizado algun tratamiento?

10. ¿Tienes seguro de ortodoncia?

☐ Si

☐ No

11. Seguro medico (primario):

Nombre de la compania de seguro medico

Numero de poliza#

Numero de Grupo

Relacion del paciente con el asegurado

☐ Prop ☐ Conyugue ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del asegurado

Telefono del Asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado

Direccion del asegurado (seguro dental)

Ciudad

Estado

Codigo Zip

12. Tarjeta del seguro medico (primario): Por favor tome una foto del frente y reverso de su tarjeta. En el caso de recomendar un tratamiento, la informacion de su tarjeta nos permitira separar los costos de su tratamiento de ortodoncia que estan bajo la cobertura de su plan.

13. Seguro Dental (seguro adicional):

Nombre de la compania de seguro medico

Numero de poliza#

Numero de Grupo

Relacion del paciente con el asegurado

☐ Prop ☐ Conyugue ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del asegurado

Telefono del Asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado

Direccion del asegurado (seguro dental)

Ciudad

Estado

Codigo Zip

14. Tarjeta del seguro medico (Seguro adicional): Por favor tome una foto del frente y reverso de su tarjeta. En el caso de recomendar un tratamiento, la informacion de su tarjeta nos permitira separar los costos de su tratamiento de ortodoncia que estan bajo la cobertura de su plan.

15. Indique si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- ☐ Ninguna Preocupación Médica
- ☐ Sangrado anormal
- ☐ Epilepsia
- ☐ Dolores de cabeza /Migrañas
- ☐ Presion alta
- ☐ Marcapasos
- ☐ Consumo de tabaco
- ☐ Problemas de los senos paranasales
- ☐ Úlceras/Colitis
- ☐ Leucemia
- ☐ Enfermedad paratiroidea
- ☐ Tumores o crecimientos
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Anafilaxia
- ☐ Atacke del corazon
- ☐ Adicion de drogas
- ☐ Culebrilla
- ☐ Anemia
- ☐ Tratamientos de cancer
- ☐ Desmayos
- ☐ Problemas Cardiacos
- ☐ Sida
- ☐ Fiebre Reumatica
- ☐ problemas psiquiátricos
- ☐ Hemofilia
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ espina bífida
- ☐ Pérdida de peso reciente
- ☐ Enfermedad de tiroides
- ☐ Soplo del corazon
- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ ADD/ADHD
- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ Acidez o Reflujos
- ☐ Hepatitis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Infarto Cerebral
- ☐ Enfisema
- ☐ Ampollas de herpes
- ☐ Glaucoma
- ☐ Angina de pecho
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Ictericia
- ☐ Urticaria o sarpullido
- ☐ Ulceras en la boca
- ☐ Tranfucion de sangre
- ☐ Autismo

Otro / Detalles:

16. Indique si alguna de las condiciones aplica, si es que SI, por favor explique:

- ☐ Ninguna Preocupación
- ☐ Problemas al hablar
- ☐ Se han removido sus amigdalas o adenoides
- ☐ Respira por la boca
- ☐ Ha tenido enfermedades periodontales
- ☐ Lesiones en los dientes o en el rostro
- ☐ Molestias al abrir y cerrar la boca
- ☐ Se le almacena comida entre ciertos dientes
- ☐ Chuparse el pulgar o dedos
- ☐ Dientes sueltos o tapaduras rotas
- ☐ Coronas o puentes
- ☐ Roncar al dormir
- ☐ Enfermedades periodontales
- ☐ Dolor en la mandibula
- ☐ Sensibilidad o molestias al morder
- ☐ Problemas al tragar o problemas de lengua
- ☐ Desgaste de dientes o rechina dientes
- ☐ Tratamientos de conducto (endodoncia)
- ☐ Ha usado un protector bucal al dormir
- ☐ Dolores o molestias en la boca
- ☐ Le suenan los huesos de la mandibula
- ☐ Dolor con lo frio, dulce o caliente

Otro / Detalles:

17. Por favor menciones sus alergias:

	Alergia
1	

18. Mencione las medicinas que usted toma y para que las toma:

	Medicamento	Uso del medicamento
1		

19. Mencione si usted tiene alguna enfermedad seria o si ha tenido cirugias mayores:

20. Que tratamiento a usted le interesa mas?

- ☐ Alineadores transparentes
- ☐ Frenos
- ☐ Retenedores

Otro / Detalles:

21. Si le recomendamos un tratamiento, Cuan pronto quisiera usted comenzar?

☐ Lo mas pronto posible

☐ Dentro de una semana

☐ Dentro de un mes

Otro:

22. Que opciones de pago le gustaria considerar?

☐ Pagos mensuales sin intereses

☐ Pagar tratamiento completo(incluye descuento)

☐ HSA/FSA

Otro:

23. Hay algo mas que a usted le gustaria dejarnos saber antes de proceder con su visita?:

24. Tratamos a pacientes de todas las edades y nuestra oficina sigue las recomendaciones de la Asociación Dental Estadounidense, la Asociación Estadounidense de Ortodontistas y la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica. Si bien siempre tenemos un asistente en la sala que también sirve como chaperón, no tenemos padres en la sala de tratamiento durante el tratamiento real. El tratamiento dental involucra instrumentos y equipos afilados y/o girando a 400,000 rpm. Incluso los padres bien intencionados causan distracciones sin darse cuenta en momentos críticos, lo que puede provocar lesiones. Una excepción es la cita introductoria. Cuidaremos de manera excelente a su hijo. Lo involucraremos en el proceso de planificación del tratamiento, alentamos las preguntas y lo mantendremos informado sobre cualquier problema que surja durante el tratamiento. Todas nuestras decisiones se toman teniendo en cuenta la salud dental y general de su hijo.

☐ Estoy deacuerdo

☐ Tengo preguntas

25. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si tiene un seguro dental, queremos ayudarlo a recibir los máximos beneficios de la póliza. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago. El pago vence cuando se prestan los servicios, a menos que se hagan otros arreglos. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard/Visa, American Express y Discover Card. Habrá un cargo por cada cheque devuelto o tarjeta de crédito rechazada o pago electrónico. El tratamiento que involucra trabajo de laboratorio, como dentaduras postizas y coronas, requiere la mitad de la tarifa cuando comenzamos y el saldo al momento de la entrega. Se hará un cargo por citas rotas canceladas sin previo aviso de 24 horas. Si indica que otra persona es responsable del costo de su tratamiento, recuerde que, en última instancia, usted es responsable de cualquier saldo impago.

☐ Estoy deacuerdo

☐ Tengo preguntas

26. En la mayoría de los casos, aceptaremos la asignación de los beneficios del seguro. Medicare es una excepción. Su médico optó por no participar en Medicare, que brinda beneficios dentales extremadamente limitados. Ni nosotros ni ningún beneficiario de Medicare podemos facturar ni recibir pagos por los servicios prestados en nuestra oficina. Otros planes de beneficios dentales varían en la cantidad de cobertura que brindan, algunos cubren un alto porcentaje y una amplia gama de tratamientos, mientras que otros cubren porcentajes más bajos y menos procedimientos. Tenga en cuenta que muchos pagan de acuerdo con un programa de tarifas, lo que podría no tener relación con las tarifas en esta área. Recuerde que el contrato de seguro es entre usted (o su empleador) y la compañía de seguros; no somos parte de ese contrato y la responsabilidad es entre usted y nuestra oficina. Cuando aceptamos la asignación de beneficios, no aceptamos una tarifa reducida, simplemente permitimos que su compañía de seguros nos pague directamente esa parte de la tarifa que cubre su seguro. Estimaremos su parte, incluido cualquier deducible, en función de nuestra experiencia con su póliza, y esta cantidad vence en el momento del servicio. Si no recibimos el pago del seguro dentro de los 60 días, usted deberá pagar el saldo total. Cualquier saldo superior a 60 días incurrirá en cargos financieros a una tasa del 1,5% mensual con un cargo financiero mínimo de \$1,00. Las cuentas vencidas pueden colocarse en una agencia de cobro. Usted será responsable de todos los costos de cobranza, que pueden incluir tarifas de cobranza, honorarios de abogados y cualquier otra tarifa cobrada por la agencia de cobranza, incluida, entre otras, una tarifa por un pago parcial realizado en la cuenta vencida. El tipo de tratamiento que recomendamos se basa en nuestro juicio profesional, no en lo que cubren sus beneficios dentales. No creemos que le convenga comprometer su tratamiento para acomodar los beneficios de su seguro, que podrían ser menos que óptimos. Los beneficios dentales no están diseñados para delinear sus necesidades de tratamiento, sino para ayudarlo con el costo del tratamiento. Entendemos que la cobertura de seguro puede desempeñar un papel en sus decisiones de tratamiento, pero le recomendaremos lo que sea mejor para usted, independientemente de la cobertura de seguro. Estaremos encantados de discutir el plan de tratamiento con usted, lo que lo involucrará a usted, en lugar de a su compañía de seguros, en la decisión. Alternativamente, en algunos casos aceptaremos facturar a su tarjeta de crédito una cantidad mensual fija. Sin embargo, no podemos ofrecer crédito a personas que no pueden o no quieren cumplir con las opciones anteriores. Al otorgar cualquier crédito, podemos, a su elección, ejecutar un informe de crédito de acuerdo con las leyes aplicables.

☐ He leído y acepto la política de pago anterior.

☐ Tengo preguntas

27. Para titulares de seguros de Medicaid: Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si está cubierto por el Programa de Niños Saludables de Delaware, queremos ayudarlo a recibir los máximos beneficios bajo su póliza. Para lograr estos objetivos, necesitaremos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago. Aceptaremos la asignación de los beneficios del seguro. Recuerde que el contrato de seguro es entre usted y la compañía de seguros, el Programa de Niños Saludables de Delaware, y no somos parte de ese contrato y la responsabilidad es entre usted y su oficina. Cuando aceptamos la asignación de beneficios, no estamos aceptando una tarifa reducida. Simplemente estamos permitiendo que esa parte de la tarifa que cubre su seguro, mientras esté activo en el Programa de Niños Saludables de Delaware, nos sea pagada directamente por su compañía de seguros. Cualquier saldo de más de 90 días que su compañía de seguros no pague debido a la terminación de la cobertura sigue siendo responsabilidad del paciente o de las partes responsables. Si la cobertura del seguro finaliza durante el tratamiento, se determinará el saldo restante y se podrá crear un acuerdo financiero, o se podrá pagar el saldo en su totalidad. En este caso, comuníquese con nuestra oficina para hacer arreglos.

☒ He leído y acepto la política de pago y autorizo ??
el pago del seguro directamente a Sleepy Tooth
Orthodontics LLC por todo el trabajo dental
realizado en su consultorio.

☐ Tengo preguntas

28. De conformidad con las leyes federales y estatales, primero se debe autorizar la divulgación de información de cualquier persona mayor de 18 años (incluida la información sobre su cónyuge o hijo adulto). La autorización incluye la firma de la persona que autoriza la divulgación de información. La información no estará disponible para nadie que no sea el paciente cubierto sin tener primero esta Divulgación de información en el archivo. Sin embargo, los padres tienen derecho a la información sobre los niños menores de 18 años sin el consentimiento del niño.

☒ He leído y estoy de acuerdo con la política
anterior. Entiendo que tengo derecho a revocar esta
autorización en cualquier momento, y que mi
revocación debe ser por escrito. Entiendo que la
revocación no se aplica a la información que ya se ha
divulgado en respuesta a esta autorización.

☐ Yo tengo preguntas

29. Yo, el paciente aquí nombrado, doy permiso de compartir TODA mi Información Privada y Protegida (que incluye: Información de cobro y pago, Seguro Médico, Citas, Resultados Médicos, Tratamiento) por cualquier de los siguientes métodos (incluyendo, y no solamente por escrito, fotocopias, papel, formatos electrónicos, verbal, fax) a las siguientes personas: (Nombre y relacion con el paciente)

☐ Estoy de acuerdo ☐ No autorizo el uso de mi informacion

Nombre y relacion con el paciente:

30. ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

☒ Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de
Privacidad de esta oficina.

☐ Envíeme una copia del Aviso de prácticas de
privacidad en mi próxima visita.

31. Por la presente autorizo ??a Sleepy Tooth Orthodontics, LLC. para grabar citas, imágenes fotográficas, audio y/o videos míos para cualquier propósito a su exclusivo criterio, que puede incluir, entre otros, fines educativos, académicos, promocionales y/o de investigación. La facultad y el personal de Sleepy Tooth Orthodontics, LLC. puede usar citas, imágenes fotográficas, audio y/o videos míos de cualquier manera profesional que Sleepy Tooth Orthodontics, LLC. considere adecuado, incluidos, entre otros, la publicación impresa, la transmisión de videos en sitios web, los podcasts y/o los medios de difusión. Entiendo que las citas, imágenes fotográficas, audio y/o videos son propiedad exclusiva de Sleepy Tooth Orthodontics, LLC. y no recibiré pago ni ningún otro tipo de compensación en relación con la grabación o uso de las citas, imágenes fotográficas, audio y/o videos. He tenido la oportunidad de discutir este formulario con Sleepy Tooth Orthodontics, LLC. personal y he recibido respuestas a todas mis preguntas. Por la presente, libero a Sleepy Tooth Orthodontics, LLC., sus empleados, funcionarios y cesionarios de toda responsabilidad que pueda surgir de la toma o el uso de citas, imágenes fotográficas, audio y/o videos en cualquier formato. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

☒ Autorizo ??el uso de mi cotización, imágenes
fotográficas y audio/videos en todos los medios.

☐ Me niego por completo

En pleno uso de mi conocimiento he respondido correctamente las preguntas de este formulario. Estoy conciente que es mi responsabilidad el informar a esta oficina cualquier cambio relacionado con mi salud. Autorizo la creacion de los archivos necesarios para mi tratamiento de ortodoncia como tambien el uso de estos para el entrenamiento y capacitacion de esta oficina.

Firma

Fecha