

# Periodontal Associates Of Memphis

www.PerioMem.com  
6268 Poplar Ave • Memphis, TN 38119

Info@PerioMem.com  
(901)761-3770

## Información del paciente N.º de expediente

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Nombre del paciente:

Apellido

Nombre

Inicial intermedia

Nombre preferido

Título:

Género:

Sr/Sra/Srta/etc

Masculino  Femenino

Situación familiar:

Casado  Soltero  Niño  Otro

Fecha de nacimiento:

NSS:

Visita previa:

Dirección de correo electrónico:

Mejor hora para llamar:

Teléfono:

Casa

Móvil

Trabajo

Ext.

Fax

Otro

Dirección:

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del paciente:

Apellido

Nombre

Inicial intermedia

Nombre preferido

## Información del paciente o la parte responsable

Nombre de la persona que pagará,  
si no es el paciente:

Lo siguiente se refiere a:

el paciente  la persona responsable del pago  ambos  no aplicable

Nombre del empleador:

Teléfono:

Dirección del empleador:

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? \*

Remisión de un dentista     Paciente     Seguro     Sitio de internet     Otro

Nombre del dentista o paciente al que podemos agradecerle por recomendarle nuestro consultorio:

---

---

## PERFIL DE PACIENTE NUEVO

Nuestro objetivo es que su experiencia en nuestro consultorio sea exactamente como usted desea. Por favor tómese unos momentos y conteste este perfil para esforzarnos por que esté lo más cómodo posible.

**Califique, en orden de valor, lo que es mas importante para usted en su atención dental: (Lo más importante será el 1).**

### Atención preventiva

1       2       3       4

### Solo lo que necesita en el momento

1       2       3       4

### Atención integral de calidad para restaurar completamente mi boca

1       2       3       4

### Otro

1       2       3       4

Si es otra cosa, por favor especifique

---

---

**Califique, igual que en la pregunta anterior, lo que es más importante para usted en su relación con un dentista.**

**Que me muestre lo que planea hacer, para entender con claridad lo que está ocurriendo.**

1       2       3

**Que escuche mis inquietudes y me explique lo que hay que hacer para que yo pueda escuchar y entender con claridad el tratamiento que necesito**

1       2       3

**Que se asegure de que estoy cómodo e informado en todo momento.**

1       2       3

**Marque el nivel de temor que le produce el tratamiento dental (10 es el máximo temor, 1 es la menor cantidad de temor).**

1       2       3       4       5       6       7       8       9       10

**Me gustaría saber más sobre estas opciones para maximizar mi comodidad durante las visitas.**

Sedación intravenosa       Óxido nitroso (gas de la risa)       Medicamentos sedantes

**¿Le preocupa alguna de las siguientes cosas? (marque sí o no)**

Reemplazar dientes faltantes       Sí       No

Eliminar cualquier enfermedad que tenga en su boca       Sí       No

Enfermedad de las encías       Sí       No

Mal aliento       Sí       No

El aspecto de su sonrisa       Sí       No

¿Conservar sus dientes naturales es importante para usted?       Sí       No

Me gustaría conservar mis dientes naturales hasta \_\_\_\_\_

Cuando le expliquemos su plan de tratamiento,  
le gustaría saber (marque una opción):

- El panorama general de lo que hay que hacer, o  Todos los detalles del tratamiento conforme avance

## Políticas financieras

### Pago

Lea detenidamente y seleccione cada párrafo para confirmar que ha leído y entendido las políticas financieras. Se requiere la firma del paciente o de la parte con responsabilidad financiera en la parte de abajo, para indicar el compromiso de pagar todos los saldos de la cuenta.

- \* El pago debe liquidarse en su totalidad al momento del tratamiento, a menos que se haya aprobado previamente otro convenio. El paciente o la persona con responsabilidad financiera es responsable de todos los convenios financieros acordados.
- \* El paciente o la parte con responsabilidad financiera será responsable por cargos financieros a razón de 1.5% al mes que se cargarán a los saldos de cuentas con 90 días o más. Si la cuenta se transfiere a una agencia de COBRANZA, se añadirán otros cargos que incluirán un cargo por cobranza del 35% (o más, dependiendo del cargo de la agencia de cobranza), costos judiciales, honorarios legales y cualquier otro costo asociado con el proceso de cobranza.

### Seguro dental

Si tiene seguro dental, por favor marque estos párrafos.

- Corresponde al paciente o al titular de la póliza de seguro dental la responsabilidad de comunicarse con la compañía aseguradora para determinar los costos dentro y fuera de la red de cualquier procedimiento. Si tiene preguntas sobre el seguro dental, el paciente o el titular de la póliza siempre debe comunicarse primero con la compañía aseguradora.
- Las compañías aseguradoras no le brindan una garantía de pago a Periodontal Associates of Memphis; por lo tanto, solamente podemos darle una estimación de lo que puede pagar su seguro. El paciente o el titular de la póliza es responsable de todos los saldos no pagados por la compañía aseguradora. La compañía aseguradora puede cotizar los honorarios usuales y acostumbrados, pero esos no son los mismos honorarios y no determinan nuestros honorarios.
- Periodontal Associates of Memphis presentará reclamaciones a los seguros dentales primarios y secundarios. El paciente o el titular de la póliza será responsable de presentar reclamaciones a cualquier otra compañía aseguradora.
- No tengo seguro dental.

### Seguro médico

- \* Periodontal Associates of Memphis solamente presentará reclamaciones de seguros dentales. Solamente se harán convenios financieros con base en seguros dentales. Si un seguro de salud o médico cubre algún procedimiento, corresponde al paciente o al titular de la póliza la responsabilidad de presentar la reclamación.
- \* Al marcar esta casilla, reconozco que he leído esta declaración y estoy de acuerdo con el contenido.

## Información del seguro dental

### Seguro dental primario

Nombre del asegurado:

\_\_\_\_\_  
Apellido  
\_\_\_\_\_  
Nombre Inicial intermedia

Fecha de nacimiento del asegurado:

N.º de ID:

N.º de grupo:

Dirección del asegurado

\_\_\_\_\_  
Dirección 1  
\_\_\_\_\_  
Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad  
\_\_\_\_\_  
Estado Código postal

Nombre del empleador del asegurado:

Dirección del empleador:

\_\_\_\_\_  
Dirección 1  
\_\_\_\_\_  
Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad  
\_\_\_\_\_  
Estado Código postal

Relación del paciente con el asegurado:

La misma persona  Cónyuge  Hijo(a)  Otro

Nombre del plan de seguro:

\_\_\_\_\_

Dirección del seguro:

\_\_\_\_\_  
Dirección 1  
\_\_\_\_\_  
Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad  
\_\_\_\_\_  
Estado Código postal

### Seguro dental secundario

Nombre del asegurado:

\_\_\_\_\_  
Apellido  
\_\_\_\_\_  
Nombre Inicial intermedia

Fecha de nacimiento del asegurado:

N.º de ID:

N.º de grupo:

Dirección del asegurado:

\_\_\_\_\_  
Dirección 1

\_\_\_\_\_  
Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

**Nombre del empleador del asegurado:**

\_\_\_\_\_

**Dirección del empleador:**

\_\_\_\_\_  
Dirección 1

\_\_\_\_\_  
Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

**Relación del paciente con el asegurado:**

La misma persona  Cónyuge  Hijo(a)  Otro

**Nombre del plan de seguro:**

\_\_\_\_\_

**Dirección del seguro:**

\_\_\_\_\_  
Dirección 1

\_\_\_\_\_  
Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

### Preferencias de comunicación

Periodontal Associates of Memphis puede comunicarse conmigo usando los siguientes métodos:

**Teléfono \***  Sí  No

**Mensaje de texto \***  Sí  No

**Correo electrónico \***  Sí  No

Por este medio concedo mi consentimiento a Periodontal Associates of Memphis para divulgar información médica protegida a las siguientes personas:

Nombre/Relación

---

---

Nombre/Relación

---

---

Nombre/Relación

---

---

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado de conformidad con mi autorización, o si mi autorización se obtuvo como una condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene derecho legal a disputar una reclamación.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estará condicionada a mi firma de este consentimiento.

\* En la medida de mi conocimiento, he contestado todas las preguntas de manera completa y precisa. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad, y que me corresponde la responsabilidad de informar a este consultorio sobre cualquier cambio en mi estado de salud.

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**\*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento\***

Recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad de este consultorio.

**SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO**

**Intentamos obtener un reconocimiento por escrito de la recepción de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no fue posible conseguirlo porque:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> La persona se negó a firmar                                       | <input type="radio"/> Obstáculos en la comunicación nos impidieron obtener el reconocimiento |
| <input type="radio"/> Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento | <input type="radio"/> Otro motivo (especifique)  |

**Acepto que escribir mi nombre representa mi firma.**  
**Nombre/Fecha \***

---

---

---

**Fecha de contestación:** \_\_\_\_\_