



CHARLES ASHLEY MANN, DDS

AND ASSOCIATES

Family and Cosmetic Dentistry

CARY | 315 E. Chatham Street, Suite 100 • Cary, NC 27511 • Teléfono: (919) 462-9338
GARNER | 1310 5th Avenue, Suite 100 • Garner, NC 27529 • Teléfono: (919) 838-7388
FUQUAY-VARINA | 280 Bramblehill Dr • Fuquay Varina, NC 27526 • Teléfono: (919) 552-1044

Bienvenido a nuestra familia SmileMann:

Uno de los objetivos de nuestra práctica es hacer todo lo posible para que su visita al dentista sea lo más placentera posible. No dudes en consultar cualquier duda sobre las coberturas de tu seguro o cualquier aspecto del tratamiento que te proponemos. Para que podamos maximizar su seguro dental con éxito, debemos enfatizar varios factores importantes:

Por favor comprenda que su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Siempre presentaremos el reclamo en su nombre; sin embargo, no podemos garantizar que se pagarán todos los servicios. Si su seguro rechaza alguna parte de su reclamo, le proporcionaremos toda la información adicional para continuar procesando su reclamo. El saldo restante después de que se haya procesado su reclamo de seguro será su responsabilidad.

Es importante que nos mantengas informados de cualquier cambio en tu seguro. Cada vez que reciba una nueva tarjeta de seguro, tráigala a su cita. Si está cambiando de seguro, es fundamental que nos llame ANTES de su cita con la información de su nuevo seguro.

Tenga en cuenta que su pago estimado vencerá en el momento en que se preste el servicio. Los métodos de pago aceptados son efectivo, cheque personal, tarjeta de crédito (Visa®, MasterCard®, American Express® o Discover®) y financiamiento sin intereses de terceros.

Si su cuenta vence más de 60 días, se agregará un cargo financiero del 24% a su cuenta.

Si tiene programada una visita de emergencia, el 100% deberá pagarse al momento del servicio.

Nota: Se agrega una tarifa de procesamiento del 2.916% a su recibo para pagos con tarjeta de débito o crédito. Este cargo no se aplica al pagar en efectivo o con cheque.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



CHARLES ASHLEY MANN, DDS
AND ASSOCIATES
Family and Cosmetic Dentistry

Tenga en cuenta que requerimos un aviso de cancelación de 48 horas (horas hábiles) ANTES de su cita programada para evitar un cargo por falta de comparecencia .

Política de no comparecer

CANCELACIONES DE ÚLTIMA HORA Y NO SHOWS

PRIMERA VEZ: Tarifa de cancelación/no presentación de \$90

Oh no, faltaste a tu cita; sin embargo, su tiempo y el nuestro son valiosos.

SEGUNDA VEZ - 50% SE DEBE

Lamentamos que haya perdido su cita...solo le cobraremos la mitad para reservar su próxima visita.

TERCERA VEZ - 100% SE DEBE

Te extrañamos, pero tu equipo dental ha estado esperando...

Por favor comprenda que cuando olvida o cancela su cita sin avisar, perdemos la oportunidad de llenar ese tiempo reservado.

Los pacientes en nuestra lista de espera pierden la oportunidad de recibir tratamiento. Dado que la hora de la cita está reservada para usted personalmente, nuestro equipo dental también la pierde.

CUARTA VEZ

Si la falta de comparecencia ocurre con frecuencia, se le pedirá para encontrar otro proveedor.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



CHARLES ASHLEY MANN, DDS
AND ASSOCIATES
Family and Cosmetic Dentistry

Para aceptar pagos de seguro, ahora requerimos que se deje una tarjeta de crédito/débito archivada en nuestra oficina.

Autorizo a la oficina del Dr. Charles Ashley Mann and Associates a mantener mi firma en los archivos y a cargar en mi cuenta de tarjeta de crédito el saldo de los cargos no pagados por mi compañía de seguros, y que no superen los \$100.00.

Sabemos que a veces se pierden citas. De acuerdo con nuestra "Política de falta de comparecencia", las citas perdidas generarán cargos y estos cargos se cargarán a la tarjeta de crédito registrada.

Asigno mis beneficios de seguro al proveedor mencionado anteriormente. Entiendo que este formulario es válido a menos que cancele la autorización Charles Ashley Mann y al Dr. Asociados.

Mediante notificación por escrito y proporcione un pago alternativo por el monto comprometido. Entiendo que la información de esta tarjeta de crédito no se compartirá con ninguna fuente externa.

Nombre del paciente: _____		<input type="checkbox"/> Uso exclusivo del paciente
Nombre del titular de la tarjeta: _____		<input type="checkbox"/> Uso familiar
		<input type="checkbox"/> Miembros específicos de la familia
		_____ _____ _____
Por favor designe:	Visa MasterCard American Express Discover	
Cuenta #:	_____	Fecha de caducidad: _____
Código de seguridad en el reverso de la tarjeta: _____		Código postal de facturación: _____
Firma del titular: _____		Fecha: _____
Firma de testigo: _____		Fecha: _____

*** Si su saldo excede los \$100.00 y no se han realizado intentos de pago, este acuerdo autoriza a la oficina del Dr. Charles Ashley Mann and Associates a cargar a la cuenta anterior el saldo total después de 60 días de falta de pago.



CHARLES ASHLEY MANN, DDS

AND ASSOCIATES

Family and Cosmetic Dentistry

Registro de pacientes

Información del paciente:

Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Apodo: _____ Teléfono de casa: (____) _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Código postal: _____ Teléfono móvil: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Estado civil: _____

Número de seguro social: _____ Número de carnet de conducir: _____

Correo electrónico: _____ **¿Cómo se enteró de la práctica?**

¿Le gustaría recibir confirmación por correo electrónico de sus citas programadas? SÍ NO

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ ¿El paciente es estudiante a tiempo completo o parcial? _____

Información del seguro dental primario: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO: YO / CÓNYUGE / HIJO / OTRO

Empleador que proporciona la cobertura del seguro: _____ Identificación de suscriptor# _____

Nombre de la compañía de seguro dental: _____ Grupo # _____

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: _____ Número de SS _____

Fecha de nacimiento: _____

Información del seguro dental secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO: YO / CÓNYUGE / HIJO / OTRO

Empleador que proporciona la cobertura del seguro: _____ Identificación de suscriptor# _____

Nombre de la compañía de seguro dental: _____ Grupo # _____

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: _____ Número de SS _____

Fecha de nacimiento: _____

Parte responsable (si es alguien que no sea el paciente) _____

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de SS: _____

Hogar #: _____ Trabajar #: _____ Celúla #: _____



Historia de la salud dental

Marque cualquiera de los siguientes problemas que se apliquen a usted:

o Sensibilidad

(caliente, frío, dulce)

o Dolor de dientes o molestias al masticar.

o Dolores de cabeza o herpes labial

o Úlceras en la boca o herpes labial

o Dolor en las articulaciones de la mandíbula.

o Diente roto o empastes

o Rechinar o apretar los dientes

o Encías sangrantes, hinchadas o irritadas.

o Dientes flojos, inclinados o moviéndose

o Mal aliento o mal sabor de boca

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

o dentaduras postizas

o dentaduras postizas parciales

o aparatos ortopédicos

o Tratamiento de encías

o Somnolencia durante el día.

o Ronquidos

o Jadear o ahogarse mientras duerme

Por favor comparta las siguientes fechas:

Tu última limpieza dental _____

Su último examen de detección de cáncer oral _____

Su último conjunto completo de radiografías _____

Dentista anterior:

Nombre de la práctica/dentista: _____

Ciudad y estado: _____

Número de contacto: _____

Qué es lo más importante para ti
sobre la sonrisa futura y la salud dental?

Si pudieras blanquear tus dientes por un precio asequible, ¿lo harías?

¿Fuma o usa tabaco de mascar?

¿Cuánto cuesta? ¿Por cuánto tiempo?

Si pudieras cambiar tu sonrisa, harías:

o Hacer mis dientes más blancos

o Hacer mis dientes más rectos

o Cerrar espacios

o Reemplazar los empastes metálicos por empastes de colores.

o Reparar dientes astillados

o Reemplazar los dientes perdidos

o Reemplazar coronas viejas que no coincidan

o Tener un cambio de sonrisa

En una escala del 1 al 10, siendo 10 la calificación más alta:

¿Qué importancia tiene para usted su salud dental? 1

2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Dónde calificarías tu salud dental actual? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10

¿Qué es lo más importante para usted de su visita al dentista hoy?



CHARLES ASHLEY MANN, DDS

AND ASSOCIATES

Family and Cosmetic Dentistry

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

SÍ NO

Si responde afirmativamente a alguna de las siguientes preguntas, explique aquí:

¿Está usted bajo cuidado médico ahora?			
¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido una operación importante?			
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?			
¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga?			
¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?			
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos?			
¿Estás siguiendo una dieta especial?			
¿Usas tabaco?			
¿Usas sustancias controladas?			

Mujeres: ¿eres tú?

SÍ NO

SÍ NO

SÍ NO

¿Embarazada o intentando quedar embarazada?		¿Toman anticonceptivos orales?		¿Enfermería?	
---	--	--------------------------------	--	--------------	--

¿Es usted alérgico a lo siguiente? Indique ¿cuál de las siguientes alergias tiene?

Aspirina	Penicilina	Codeína	Acrílico	Metal	Látex	Anestésicos locales	
¿Es usted alérgico a algo no mencionado anteriormente? _____							

SÍ NO

SÍ NO

SÍ NO

SÍ NO

SIDA / VIH Positivo		Medicina con cortisona		Hemofilia		Diálisis renal	
Enfermedad de Alzheimer		Diabetes		Hepatitis A		Fiebre reumática	
Anafilaxia		Drogadicción		Hepatitis B o C		Reumatismo	
Anemia		Fácilmente enroscado		Herpes		Escarlatina	
Angina de pecho		Enfisema		Hipertensión		Herpes	
Artritis / Gota		Epilepsia o convulsiones		Urticaria o sarpullido		Anemia drepanocítica	
Válvula cardíaca artificial		Sangrado excesivo		hipoglucemia		Problema sinusal	
Articulación artificial		Sed excesiva		Arritmia		Espina bífida	
Asma		Desmayos/Mareos		Problemas de riñón		Enfermedad del estómago/intestinal	
Enfermedad de la sangre		Tos frecuente		Leucemia		Ataque	
Transfusión de sangre		Diarrea frecuente		Enfermedad del hígado		Hinchazón de las extremidades	
Problema respiratorio		Dolores de cabeza frecuentes		Presión arterial baja		Enfermedad de tiroides	
Fácilmente abollado		Herpes genital		Enfermedad pulmonar		amigdalitis	
Cáncer		Glaucoma		Prolapso de la válvula mitral		Tuberculosis	
Quimioterapia		Fiebre del heno		Dolor en las articulaciones de la mandíbula		Tumores o crecimiento	
Dolores en el pecho		Ataque al corazón / Fallo		Enfermedad de paratiroides		Úlceras	
Herpes labial/ampollas febriles		Soplo cardíaco		Atención psiquiátrica		Enfermedad venérea	
Trastorno cardíaco congénito		Marcapasos cardíaco		Tratamientos de radiación		Ictericia amarilla	
Convulsiones		Problemas/enfermedades del corazón		Pérdida de peso reciente			

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí o NO en caso afirmativo, explique: _____

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor: _____

FECHA: _____



Acuse de recibo de Aviso de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente:

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la práctica mencionada anteriormente.

Firma

Fecha

Sólo para uso de oficina

No pudimos obtener un acuse de recibo por escrito del Aviso de prácticas de privacidad porque:

- Existía una emergencia y no era posible firmar en ese momento.
- El individuo se negó a firmar.
- Se envió una copia por correo con una solicitud de firma a vuelta de correo.
- No se puede comunicar con el paciente por el siguiente motivo:

Otro: _____

Preparado por _____

Firma _____

Fecha _____



Autorización para la divulgación de información: divulgación compuesta

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

_____ está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre el paciente arriba mencionado de la siguiente manera y a personas identificadas.

Entidad para Recibir Información. Marque cada persona/entidad que apruebe para recibir información.	Descripción de la información a divulgar. Marque cada uno que se pueda entregar a la persona/entidad a la izquierda en la misma sección.
--	--

Correo de voz

Resultados de pruebas de laboratorio/radiografías.

Otro _____

Otra(s) persona(s) (proporcione nombre y número de teléfono)

Financiero

Médico

Comunicación por correo electrónico: proporcione una dirección de correo electrónico*

Financiero

Médico

Recordatorios de citas

*Para que se produzca una comunicación por correo electrónico, acepte la divulgación. abajo:

Notificación de incumplimiento

Comunicación por texto – Proporcione el número *

Recordatorio de cita

Otros: _____

*Para que se produzca comunicación por texto, acepte la siguiente divulgación:

Para comunicaciones por correo electrónico y/o texto, entiendo que si la información no se envía de manera cifrada existe el riesgo de que accedido de manera inapropiada. Sigo eligiendo recibir comunicaciones por correo electrónico y/o texto según lo seleccionado.

Foto del paciente recibida por el paciente o tutor legal

Puede publicarse en la oficina

Fotografía tomada por el personal (Ejemplo: procedimiento previo/posterior)

Puede publicarse en el sitio web.

Otro

Otro _____

Derechos del paciente:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no sea protegido por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y a que mi tratamiento no estará condicionado a la firma.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por el paciente.

Fecha _____

Firma del paciente o representante personal

*Descripción de la Autoridad del Representante Personal (adjunte documentación necesaria)



Charles Ashley Mann, DDS y asociados

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA POR [Nombre de la práctica] Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

SUS DERECHOS: Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos.

Prevía solicitud por escrito:

- Solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico u otra información que tengamos sobre usted. Lo haremos también proporcionar un resumen de su información de salud si así lo solicita. Cobraremos una tarifa razonable basada en el costo. Proporcionaremos esta información lo antes posible, pero a más tardar 30 días hábiles después de la solicitud.
- Solicitamos que corrija su información de salud que considere incorrecta o incompleta. Podemos decir "no", pero le diremos por qué en escrito dentro de los 60 días.
- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera (por ejemplo, por teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Atenderemos todas las solicitudes razonables. • Solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud y puede decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad y nos solicita que no compartamos esa información para el pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud, aceptaremos a menos que la ley nos exija compartir esa información. • Solicitamos una lista o un recuento de las veces que hemos compartido su información de salud por motivos distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cuando nos ha pedido que compartamos información. Proporcionaremos una lista de los últimos seis años para la solicitud. Se proporcionará una solicitud por año de forma gratuita. Para solicitudes adicionales, cobraremos una tarifa razonable basada en el costo.
- Revocar una autorización para usar o divulgar PHI en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado medidas.

También puedes:

- Elija a alguien para que actúe en su nombre. Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Le pediremos pruebas de esta relación antes de tomar cualquier medida.
- Solicite una copia impresa de este documento incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos esa copia prontamente.
- Presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad designado, [Oficial de práctica, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico]
- Presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta al 200 Independence Ave, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1.877.696.6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. • **No tomaremos represalias por presentar una queja.**

NUESTRAS RESPONSABILIDADES: La ley nos exige: • Mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. • Notificarle de inmediato si se produce una infracción que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información. • Seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo. • No utilizar ni compartir su información más allá de lo que se describe en este aviso a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si tu dices nosotros podemos y luego cambiar de opinión, simplemente háganos saber por escrito que ha cambiado de opinión.

SUS OPCIONES: Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros.



- En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que: compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucrados en su atención y compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

- En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
 - Fines de marketing
 - Venta de su información
 - Mayor intercambio de notas de psicoterapia
- En el caso de la recaudación de fondos, es posible que nos comuniquemos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIÓN: normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratamiento: Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: podemos compartir su información de salud con un médico externo para su derivación. También proporcionaremos a sus proveedores de atención médica copias de varios informes para ayudarlos en su tratamiento.

Pago: Podemos usar o compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague su atención médica.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Otras formas en que podemos usar o compartir su información de salud: se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras – normalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

- Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública: podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como: prevención enfermedad, ayudar con retiradas de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, informar sospechas de abuso, negligencia o problemas domésticos, violencia y prevenir o reducir una amenaza grave a la salud y seguridad de cualquier persona.
- Cumplir con la ley: compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver si cumplimos con la ley federal de privacidad.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos: compartiremos su información de salud con la obtención de órganos, organizaciones.
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria: podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense, o director de funeraria cuando usted muera.
- Abordar las solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales:
 - Para reclamos de compensación laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con organismos de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- Responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir su información de salud para responder ante un tribunal o ante un tribunal administrativo, orden, o en respuesta a una citación.
- Investigación: Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

CAMBIOS A ESTE AVISO: Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Oficial de Privacidad (Oficina de Cary): Crystal Pion | Correo electrónico: crystalp@smilemann.com | Teléfono: 919.462.9338

Oficial de Privacidad (Oficina de Garner): Nikki Smith | Correo electrónico: nikki@smilemann.com | Teléfono: 919.838.7388

Oficial de Privacidad (Oficina de Fuquay-Varina): Vanessa Hernandez | Correo electrónico: vanessa@smilemann.com | Teléfono: 919.552.1044

Fecha de vigencia: 10/2021