

OBT Dental and Orthodontics

Dr. Sumaya Anjum
Dr. Romero
Dr. Rodolfo Olmos
Dr. Elaine Carr

9753 S. Orange Blossom Trail. Suite 105, Orlando FL 32837
www.obtdental.com
Tel: (407)857-8585 / Fax: (407)857-8448

Primary Language Spoken (Lenguaje que prefiere): _____ / Translation Needed (Necesita traductor?)? Yes No (NCAN)

Patient's Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Sex:** M F **Age:** _____

Nombre del Paciente: (Last/Apellido), (First /Nombre), (Middle Initial/Inicial) Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Edad: _____

Marital Status: _____ **Social Security #:** _____ - _____ - _____ **Driver's License #:** _____

Estado Civil: _____ Seguro Social: _____ Licencia de Conducir: _____

Address: _____

Dirección: (House #/ # Casa) (Street Name/Nombre de Calle) (Apt #/ # Apt) (City/ Ciudad) (State/ Estado) Zip Code

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Email Address:** _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Current Place of Employment: _____ **Work Phone:** _____ **Ext:** _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Extensión: _____

Occupation: _____ **Best Time to Call:** _____

Ocupación: _____ Mejor momento de llamar: _____

If the patient is a MINOR, please tell us patient's parent or legal guardian's name: _____

¿Si el paciente es menor de edad, quien el padre o tutor encargado?: _____

If child is a Full-Time Student, What is their School's name: _____ **Grade:** _____

¿Si es estudiante de tiempo completo, cual es el nombre de su escuela? _____ Grado _____

In case of EMERGENCY, notify: _____ **Phone #:** _____

En caso de una EMERGENCIA, notificara: _____ Teléfono: _____

How did you learn about our office? _____

¿Cómo supo usted de nuestra oficina?

Website Family member Friend Insurance company Physician Referral Social Media

Página de Internet Familiar Amigo Seguro Referido por un Doctor Social Media

Has any member of your family been into our office? Yes No **Do you have Dental Insurance?** Yes No **If Yes, fill part B**

¿Algún miembro de su familia ha visitado nuestra oficina anteriormente? (Si) (Si) ¿Tiene Seguro Dental? (Si) Si tiene seguro llene parte B

B. DENTAL INSURANCE INFORMATION- Información de Seguro Dental

Name of Insurance Company: _____ **Group #:** _____ **Member ID #** _____

Nombre de Seguro Dental: _____ Grupo #: _____ Miembro #: _____

Name of Insured Person: _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Social Security #** _____ - _____ - _____

Nombre de Persona Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relationship to Patient: _____ **Place of Employment:** _____

Relación con el Paciente: _____ Lugar de Empleo: _____

Work Phone: _____ **Ext:** _____

Teléfono de Trabajo: _____ Extensión: _____

C. CONSENT FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION- Hoja de Consentimiento Sobre su Información de Salud

I understand that I have certain rights to privacy regarding health information. The rights are given to me under the Health Insurance Portability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose health information to carry out:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in treatment)
- Obtaining payment from third party payers (ie. my insurance company)
- Day-to-day healthcare operations of your practice.

I have also been informed of, and give the right to review and secure a copy of the Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the used and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA.

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad en relación a mi información de salud. Estos derechos se me han otorgado bajo el " Health Insurance Portability Act" de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, yo les autorizo a usar y divulgar mi información de salud para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto que realice otro proveedor de cuidado de la salud envuelto en mi tratamiento)
- Obtener pago de terceros (ej. compañía aseguradora)
- Las operaciones diarias de la práctica en el cuidado de su salud.

Yo he sido informado y me han dado el derecho a revisar y recibir una copia de las Notas de Privacidad de la Práctica, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información protegida de salud, y mis derechos bajo HIPAA.

Patient, Parent, or Legal Guardian's Signature

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal:

Printed Name

Escriba su Nombre:

Date

Fecha:

Name (Nombre) _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

E. DENTAL HISTORY- Historial Dental

Date of Last Dental Exam: _____ **Date of Full Mouth X-Ray:** _____ **Where were they Taken:** _____
 Fecha de su último examen dental: _____ Fecha en la que se tomo una radiografía de toda la boca: _____ Donde fueron tomadas: _____

Date of your last Dental cleaning: _____ **Reason for Today's Visit (Chief Complaint):** _____
 Fecha de su última limpieza dental: _____ Motivo de consulta _____

Please check Yes or No to all of the following questions regarding your dental health: Favor marque *Sí* o *No* las siguientes preguntas relacionadas a su salud dental:

	YES (SI)	NO	Describe:/Describe:
1) Do you have a specific dental problem? <small>¿Tiene algún problema dental en específico?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) Have you had dental procedures done in the past? If Yes, what type? <small>Le han hecho tratamientos dentales en el pasado? Cuales?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) Do you have pain in your jaw or near your ears? <small>¿Siente dolor en su mandíbula o cerca de sus oídos?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) Have you ever had periodontal problems? <small>¿Ha tenido usted problemas periodontales?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) Do your gums bleed when brushing? <small>¿Sus encías sangran cuando se cepilla?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) Does loss of teeth run in your family? <small>¿La pérdida de dientes, es común en su familia?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) Have you seen any sores or growths in your mouth? <small>¿Ha notado alguna ulcera o crecimiento en su boca?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) Have you ever had Novocain, Nitrous Oxide, or local anesthetic? <small>¿Alguna vez le han puesto Novocaína, Oxido Nitroso o anestesia local?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9) Have you experienced a reaction to any type of anesthesia? <small>¿Ha experimentado alguna reacción con algún tipo de anestesia?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10) Do you have bad taste in your mouth or bad odor? <small>¿Tiene mal sabor o mal olor en su boca?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11) Do you like your smile? <small>¿Le gusta su sonrisa?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12) Would you change anything about your smile? What? <small>¿Cambiaría algo de su sonrisa? ¿Que cambiaría?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13) Have you ever had braces? <small>¿Ha tenido braces (frenillos)?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14) Do you have a Denture or Partial? <small>¿Tiene una Dentadura o una Parcial Removable en su boca?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper partial <input type="checkbox"/> lower partial <input type="checkbox"/> Upper denture <input type="checkbox"/> Lower denture <input type="checkbox"/> <small>Parcial superior Parcial inferior Dentadura superior Dentadura inferior</small>
Do you like them? _____ <small>¿Le gusta?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	How old are they? _____ <small>¿Cuanto tiempo tienen?</small>
15) Are your teeth sensitive to: (Cold, Hot) <small>Son sus dientes sensitivos a (frio, calor)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16) Have you ever had a toothache or a fractured (broken) tooth? <small>¿Ha tenido dolor en sus dientes o se le ha fracturado alguno?</small>
Do you have an advance directive? <small>Tiene una directriz anticipada?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I have been given the opportunity to read what an advanced directive is _____ **Initials (Iniciales)**
Me han dado la oportunidad de leer que es una directriz anticipada) _____

The above information is accurate and complete to the best of my knowledge. I will not hold my dentist or any member of his/her dental staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form. I authorize use of this form on all my insurance submissions and release of information to all my insurance carriers. I also authorize payment directly to OBT Dental & Orthodontics of the insurance benefits and authorize the dentist to act as my agent in helping obtain payment from insurance carriers. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I understand that I am responsible for payment and that this authorization is irrevocable.

La información ofrecida anteriormente es correcta y completa, hasta donde tengo conocimiento. No hago responsable al Dentista, ni ningún miembro de su personal dental de omisiones o errores que yo haya cometido al completar esta forma. Autorizo el uso de esta forma para someter reclamaciones a la compañía aseguradora y a revelar información a todos mis proveedores de seguro. Además, autorizo el pago directo de los beneficios de la compañía aseguradora a OBT Dental & Orthodontics y autorizo al odontólogo a actuar como mi representante para el pago ante la compañía de seguros. Autorizo a que una copia de esta autorización se utilice en lugar de la original. Entiendo que yo soy responsable del pago y que esta autorización es irrevocable.

Patient or Legal Guardian's Signature (Firma) _____ **Date** _____
 Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Reviewed by Doctor, DDS or DMD _____ **Date** _____
 Firma del Odontólogo: _____ Fecha: _____

Name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

D. MEDICAL HISTORY- Historial Medico

Physician's Name: _____

Nombre de su Medico:

Physician's Phone #: _____

Teléfono de su Medico:

Are you taking any medications, pills, or drugs? Yes No If yes, please list _____

¿Está tomando algún medicamento?

(Si)

¿Si toma algún medicamento, por favor escriba el nombre

Have you ever had any surgery? Yes No If Yes, please list: _____

¿Ha tenido alguna cirugía?

(Si)

Si ha tenido alguna anótelas:

Please check **Yes** or **No** if you have or have had any of the following: (If YES to any of the *conditions, please give us a call prior to your appointment- Premed may be required) Por favor marque **Si** o **No** si usted tiene o ha tenido alguna de estas condiciones: (Si marco **Si** a alguna de las condiciones medicas que tiene un *, llámenos antes de su cita. Alguna Premedicación puede ser requerida)

YES (Si)	NO		YES (Si)	NO		YES (Si)	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Trouble Disease * Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Disease Enfermedad en la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Stent * Stent Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer, Tumors Cancer, Tumores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Murmur * Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Therapy Radioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacterial Endocarditis Endocarditis Bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive Bleeding Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapy Quimioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irregular Heartbeat Ritmo Cardiaco Irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recent Blood Transfusion Transfusión de Sangre Reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina/Chest Pain Angina de Pecho/ Dolores de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers Ulceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Attack _____ Year Ataque al Corazón _____ Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung Disease Enfermedad en los Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach/Intestinal Disease Enfermedad del Estomago/ Intestinos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congenital Heart Disorder Desordenes Congénitos de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breathing Problems Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycemia Hipo glicemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitral Valve Prolapse * Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease Enfermedad en el Hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever * Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Cough Tos Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Problems Problemas en los Riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Heart Valve * Válvula Artificial del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay Fever or Allergies Rinitis alérgica o Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yellow Jaundice Ictericia Amarilla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Pacemaker * Marcapaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus Trouble Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Disease Enfermedad de la Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Surgery * Cirugía de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis/ Gout Artritis/ Gota
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cold/Canker Sores Herpes labial/Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatism Reumatismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Blood Pressure Presión Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD Déficit de Atención/DDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Joints *(Knee, Hip) Coyunturas Artificiales *(Rodilla, Cadera)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholism Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venereal Disease Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug Addiction Adición a la Droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS Sida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smoker Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV Positive VIH Positivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy (seizures) Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes/ Genital Herpes Herpes Herpes Genital
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnant _____ Months Embarazada _____ ¿Cuantos Meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Problems Problemas Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taking Oral Contraceptives Tomando Anticonceptivos Orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renal Dialysis Diálisis Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snoring or Sleep Apnea Ronquidos o Apnea Del Sueño

Do you have any other serious illness not mentioned above? Please list. ¿Tiene alguna otra condición médica seria que no haya sido previamente mencionada? _____

Do you take bisphosphonate medications such as Boniva, Fosamax, Alendronate, Actonel, or Other? Yes No _____
¿Usted toma bifosfatos como Boniva, Fosomax, Alendronate, Actonel u otro? _____ (Si)

Have you traveled to Guinea, Sierra Leone, or Liberia in the last 6 months? Yes (Si) No
¿Ha viajado a Guinea, Sierra Leona o Liberia en los últimos 6 meses?

Are you allergic to any of following? ¿Es usted alérgico a? Yes/Si No known allergy (NKA)
 Aspirin/ Aspirina (Reaction/ Reacción) _____ Penicillin/ Penicilina (Reaction/ Reacción) _____ Codeine/Codeína (Reaction/ Reacción) _____
 Metal/Metal (Reaction/ Reacción) _____ Latex/Rubber/Latex (Reaction/ Reacción) _____ Acrylic/Acrílico (Reaction/ Reacción) _____
 Anesthetic/Anestesia (Reaction/ Reacción) _____ Other, Specify:/Otro, Especifique: _____ (Reaction/ Reacción) _____

To the best of my knowledge, all the preceding answers are correct. It is my responsibility to notify the Doctor or Dental Staff of any changes in my medical history or medications at the time of my appointment. Según mi conocimiento, todas las respuestas dadas son correctas. Yo soy responsable de notificar al Doctor o asistente dental si hay algún cambio en mi historial médico o medicamentos en mi próxima cita.

Patient, or Legal Guardian's Signature
Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal:

Date
Fecha

Reviewed by Doctor, DDS OR DMD
Firma del Doctor:

Date
Fecha:

Name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

F. OFFICE POLICIES- Normas de la Oficina

METHODS OF PAYMENT

All dental treatments are PAID PRIOR to being treated
We accept Cash, Cashier Checks, Money Orders, Debit Cards, and Credit Cards such as **VISA, MASTERCARD, and DISCOVER**. We do not accept Personal Checks. We also offer financing options for treatment costs.

DENTAL INSURANCE

Your dental insurance policy is a contract between you and your insurance company. It is impossible for us to know every insurance policy plan. It is your responsibility to know your benefits and keep track of your coverage. We require you to notify us of any changes in your insurance benefits at least 48 hours prior to your appointment. Failure to do so may result in out-of-pockets expenses to you.

Our fees reflect our excellent level of care. They are fair and reflect our high dental standards. Your insurance is a benefit meant to supplement your dental treatment needs. Please be aware that not all insurance companies cover all procedures. All estimated co-payments and deductibles are due at the time services are rendered. Any balance not paid by the insurance company within SIXTY (60) days of the date of service, will become the responsibility of the patient or legal guardian. Any patient without insurance must pay in full when services are rendered. We reserve the right to submit any unresolved account balance over 90 days old to a credit reporting agency. Please note that we do not bill secondary dental insurance or handle any type of third party billing.

_____ Initial

APPOINTMENTS

We require at least **48 hours (2 business days)** notice to cancel or reschedule an appointment. Failure to provide notice will result in a **\$ 45.00 broken appointment fee.**

_____ Initial

We attempt to reach all patients as a courtesy to confirm appointments, but it is ultimately your responsibility to remember the appointment you have reserved. Patients arriving **10 or more minutes late** after their scheduled appointment time are subject to rescheduling in consideration to our patient's and dental staff.

DUPLICATION (COPY) OF RECORDS AND X-RAYS

In order to receive copy of x-rays and records we require for you to notify us **3-5 business days prior**. There is a duplication fee of **\$30.00** for records, or **\$20.00** for x-rays.

MINOR AGE PATIENTS

For the safety of all parties involved, **no minor children (under the age of 18)** will be seen for treatment unless a legal guardian or parent is present in the office or unless the office has a signed release form on file in the minor patient's chart. **No exceptions.**

*****I have thoroughly read and understand the office policies and final procedures and agree to the terms.*****

Signature of Patient or Legal Guardian Date

METODOS DE PAGO

Todos los tratamientos dentales DEBEN PAGARSE antes de ser tratado. Los métodos de pagos aceptados son Efectivo, Cheque de cajero, Giro Postal, Tarjeta Debito, y Tarjeta Crédito como **VISA, MASTERCARD y DISCOVER**. No se aceptan cheques personales. Ofrecemos opciones de financiamiento para tratamientos dentales.

SEGURO DENTAL

Su póliza de seguro dental es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Es imposible para nosotros saber o conocer todos los beneficios dentales de todas las compañías aseguradoras. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y mantener registro de su cobertura. Se requiere que usted nos notifique 48 horas antes de su cita si hay algún cambio en su seguro dental. Si usted falla en hacerlo, usted deberá pagar todos los costos de su visita.

Nuestros precios reflejan nuestro excelente nivel de cuidado dental. Son justos y reflejan nuestros altos estándares de cuidado dental. Los beneficios que su aseguradora le ofrece sirven para suplementar los tratamientos dentales que usted necesite. Por favor recuerde que no todas las aseguradoras dentales cubren el costo de todos los procedimientos necesitados. Todos los co-pagos estimados o deducibles deben pagarse al momento de recibir servicio. Cualquier balance que su compañía de seguro no haya pagado en 60 días después de la fecha en que se le brindo servicio, se convertirá en la responsabilidad del paciente. Cualquier paciente que no tenga seguro tendrá que pagar su tratamiento completo antes que se le brinde servicio. Nos reservamos el derecho de someter cualquier cuenta que tenga un balance pendiente de más de 90 días, a una agencia de reporte de crédito. Por favor, note que nosotros no mandamos reclamos a seguros dentales secundarios ni manejamos ningún tipo de cobro a terceras partes.

_____ Iniciales

CITAS RESERVADAS

Requerimos una notificación de al menos **48 horas (2 días laborables)** de cancelación o cambio en su cita reservada. Si usted falla en notificarnos se le cobrara **\$ 45.00** por **cargos de cancelación.**

_____ Iniciales

Llamamos a nuestros pacientes como cortesía a recordar sus citas reservadas, pero es su responsabilidad recordar la cita que usted ha reservado.

Todo paciente que llegue **10 minutos o más tarde** después de la hora de su cita está sujeto a cambio de fecha en consideración a otros pacientes y personal de la oficina.

DUPLICACION (COPIAS) DE EXPEDIENTES O RADIOGRAFIAS

Para obtener copias de su expediente dental o radiografías requerimos que se nos notifique **3-5 días laborales**. Hay un cargo de **\$ 30.00** por la copia del expediente o **\$ 20.00** por radiografías.

PACIENTES MENORES DE EDAD

Por la seguridad de todas las partes involucrada, **ningún menor de 18 años se atenderá** o se le brindara tratamiento a menos que su tutor o padre este presente, o a menos que en el expediente haya una forma de relevo de responsabilidad firmada por el padre o tutor del paciente. **No habrá excepciones.**

*****He leído completamente y entiendo las pólizas y procesos financieros y estoy de acuerdo con estos términos.*****

Firma del Paciente o Representate Legal Date

G. Email Communication Consent- *Consentimiento de Comunicación por Correo Electronico*

As your dentist, I understand that individually identifiable information about you and your health is private, and I am committed to protecting the confidentiality of that information. I would like to communicate with you by e-mail about items and services that I think would supplement or enhance your treatment. Before instituting such e-mail communication, I wish to obtain your written authorization to ensure that you agree to my sending such e-mail communication. By signing this form, you will provide authorization for me to contact you by e-mail. Please read the information below carefully before deciding whether to sign the form.

USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION

By signing this form you will authorize me to communicate with you by e-mail about items and services that I think would supplement or enhance your treatment. Some of the e-mail systems that I will be using to communicate with you may be sponsored by the manufacturers of health care products, including pharmaceuticals and medical devices. However, neither your email address nor your personal information will be shared with these companies. While these sponsors will not receive your information, keep in mind that anyone who has access to the e-mail account you have provided to me may be able to read any e-mail communication that I send to you. In order to send the e-mail communication, I will use the e-mail address that you provide above. The e-mail message I send to you may also include your name and certain dates and other information related to your treatment. Once this information is disclosed to a third party, it may no longer be protected by federal privacy law.

This authorization will not expire, unless you revoke it by writing to me at the address below. Your refusal to sign this form or your decision to revoke your authorization will not affect my treatment of you except to the extent that I will not be able to communicate with you by e-mail. Your refusal to sign this form or your decision to revoke your authorization will not affect payment for your health care. If you do decide to revoke your authorization, that revocation will not affect any e-mail communication I had already sent to you in reliance on your authorization. You also have a right to receive a copy of this form after you have signed it.

SIGNATURE

I have read this form and all of my questions about this form have been answered. By signing below, I acknowledge that I have read this form and wish to authorize OBT Dental & Orthodontics to communicate with me by e-mail, as described above.

Signature of Patient or Personal Representative

Entendemos que la información de identificación personal, acerca de usted y su salud es privada, y estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de esa información. Nos gustaría ponernos en contacto con usted por correo electrónico acerca de los elementos y servicios que creemos pueden complementar o mejorar su tratamiento. Antes de iniciar este tipo de comunicación, deseamos obtener su autorización por escrito para asegurarnos de que usted acepta el envío de comunicación por correo electrónico. Al firmar este formulario, usted autoriza para que nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico. Por favor, lea la siguiente información cuidadosamente.

USO Y DIVULGACIÓN CUBIERTO POR ESTA AUTORIZACION

Al firmar este formulario usted autoriza que nos comuniquemos con usted por correo electrónico sobre artículos y servicios que creemos pueden complementar o mejorar su tratamiento. Algunos de los sistemas de correo electrónico que vamos a utilizar para comunicarnos con usted podrán ser patrocinados por los fabricantes de productos para el cuidado de la salud, incluidos productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Sin embargo, ni su dirección de correo electrónico ni su información personal serán compartidos con estas empresas. Si bien estos patrocinadores no recibirán su información, tenga en cuenta que cualquiera que tenga acceso a la cuenta de correo electrónico que usted ha proporcionado puede ser capaz de leer cualquier comunicación por correo electrónico enviada.

Utilizaremos la dirección de correo electrónico que usted proporciono anteriormente. Los mensajes de correo electrónico que le enviáremos pueden incluir su nombre, fechas y otra información relacionada con su tratamiento. Una vez que la información sea divulgada a un tercero, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Esta autorización no vencerá, a menos que usted la revoque antes por escrito enviado una carta a la dirección física de la oficina. Su negativa a firmar este formulario o su decisión de revocar su autorización no afectará su tratamiento, salvo en la medida en que no vamos a comunicarnos con usted por correo electrónico. Su negativa a firmar esta forma o de su decisión de revocar su autorización no afectará su obligación de pagar. Si usted decide revocar su autorización, la revocación no afectará las comunicaciones electrónicas enviadas previamente. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas. Al firmar, reconozco que he leído este formulario y deseo autorizar OBT Dental & Orthodontics a comunicarse conmigo por correo electrónico, como se describió anteriormente.

Firma del Paciente o Representante Legal

Name (Nombre) _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

OBT DENTAL & ORTHODONTICS

www.obtdental.com

9753 S. Orange Blossom Trail
Orlando, FL 32837

Tel(407)857-8585
Fax(407)857-8448

AUTHORIZATION TO RELEASE "PROTECTED HEALTH INFORMATION" – ACCESS

PURPOSE

This authorization is at my request to permit OBT DENTAL & ORTHODONTICS, to release of information regarding my Protected Health Information

SECTION I

Please provide the following information regarding the person whose Protected Health Information is to be released.

PATIENT NAME _____

PATIENT PHONE NUMBER (____) ____-_____

PATIENT DATE OF BIRTH ____/____/_____

SECTION II

Please identify the person(s) with whom the member's Protected Health Information may be released to and their relationship.

PLEASE PRINT

NAME _____ RELATIONSHIP TO MEMBER _____

NAME _____ RELATIONSHIP TO MEMBER _____

SECTION III

SIGNATURE Member

Signature _____ Date _____