



Ben F. Tarsitano, DDS, MD

Diplomate, American Board of
Oral & Maxillofacial Surgery

70B Penny Lane • Watsonville, CA 95076 • (831) 722-8887 • (831) 722-2762 fax
640 E. Alvin Drive, Suite C • Salinas, CA 93906 • (831) 443-9300 • (831) 443-9336 fax

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ SS# _____ Sexo: M F
Apellido Primero Segundo

Domicilio _____
Numero Calle Apt/Space # Ciudad Estado Cod. Postal

Tel. # _____ Cel# _____ E-mail _____

Fecha de nac. _____ Edad _____ Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

En caso de emergencia póngase en contacto con: _____ Tel. # _____ Parentesco _____

Licencia de conducir # _____ Si es estudiante, nombre de escuela _____

¿Ha sido paciente de nuestra oficina anteriormente? Si No Referido por _____

Dentista _____ Doctor Medico _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

¿Quién sera el/la encargado(a) de la cuenta? Usted mismo(a) (Si usted mismo, siga a la siguiente sección) Padre Madre Otro : _____

Nombre _____ SS# _____ Fecha de nac. _____ Edad _____
Apellido Primero Segundo

Domicilio _____
Numero Calle Apt/Space # Ciudad Estado Cod. Postal

Tel. # _____ Cel# _____ E-mail _____

Lugar de trabajo _____ Tel # _____ Licencia de conducir # _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (Por favor provee su tarjeta de seguro a recepción para obtener copias para cobrar y verificar sus beneficios)

Dental Medico

Nombre de compañía de seguro _____ Num. de ID _____

Domicilio _____ # tel. _____ # del Grupo _____

Persona asegurada _____ Parentesco _____

Fecha de nac. _____ Sexo: M F SS# _____ Tel.# _____

Domicilio _____

Dental Medico

Nombre de compañía de seguro _____ Num. de ID _____

Domicilio _____ # tel. _____ # del Grupo _____

Persona asegurada _____ Parentesco _____

Fecha de nac. _____ Sexo: M F SS# _____ Tel.# _____

Domicilio _____

Dental Medico

Nombre de compañía de seguro _____ Num. de ID _____

Domicilio _____ # tel. _____ # del Grupo _____

Persona asegurada _____ Parentesco _____

Fecha de nac. _____ Sexo: M F SS# _____ Tel.# _____

Domicilio _____

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE HIPAA

Querido paciente,

Con el fin de ayudarnos a mantenernos dentro de las pautas de HIPAA, enumere a continuación cualquier persona o personas que usted autorice a divulgar información sobre su información médica protegida, incluyendo la información de facturación. (No es necesario enumerar a ninguno de sus médicos).

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

- **Propósito del consentimiento:** Al firmar este formulario, aceptará el uso y divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.
- **Aviso de Prácticas de Privacidad:** Usted tiene derecho a leer o Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea atentamente y por completo antes de firmar este Consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información médica protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo las revisiones, en cualquier Momento al contactar a:

Persona de contacto: Ben F. Tarsitano, DDS, MD
Teléfono: (831) 722-8887
Fax: (831) 722-2762
Dirección: 70B Penny Lane, Watsonville, CA 95076

- **Derecho a revocar:** Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento, dándonos una notificación por escrito de su revocación presentada a la Persona de contacto mencionada anteriormente. Comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos en dependencia de este Consentimiento antes de que recibamos su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o a continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.
- **Comisiones y pagos:** aunque aceptamos pagos de su compañía de seguros para su cuenta, usted es responsable de su cuenta completa. Soy consciente de que aceptan Master Card y Visa. También estoy consciente de que mi saldo debe ser liquidado dentro de los tres (3) meses a partir del día del tratamiento. Me doy cuenta de que, en el caso de que mi cuenta quede vencida y se entregue para su cobro, acepto pagar la tarifa de cobro según mi monto pendiente. Esta firma en el archivo es mi autorización para la divulgación de mi información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago a este médico nombrado de los beneficios que de otra manera se me pagarían

Firma: _____ **Fecha:** _____

Yo, _____, he tenido la oportunidad completa de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad, entiendo que al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida Para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones sanitarias.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si ya termino con esta parte, favor de regresar esta pagina a recepción.