

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**CONFIDENCIAL**

Paciente No. _____

(Escriba en Letra de Imprenta)

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de la Casa _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____

Marque la Casilla Apropriada: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Empleador del Paciente o de sus Padres _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Negocio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Esposa o de los Padres _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Si el Paciente es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad _____ Ciudad _____ Estado _____

¿A Quién Debemos Agradecer que Nos Lo Haya Referido? _____

Persona a Quién Debemos Avisar en Caso de Emergencia _____ Teléfono _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la Persona Responsable de esta Cuenta _____ Parentesco con el Paciente _____

Dirección _____ Teléfono de la Casa _____

No. de la Licencia de Conducir _____ Fecha de Nacimiento _____ Institución Financiera _____

Empleado _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Es esta persona actualmente un paciente de nuestra oficina? Si No**INFORMACION SOBRE EL SEGURO**

Nombre del Asegurado _____ Parentesco con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en que fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía Aseguradora _____ Grupo No. _____ Unión o Local No. _____

Dirección de la cía aseg. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Benedicio anual max.? _____

¿TIENE USTED ALGUN SEGURO ADICIONAL? SI NO SI LO TIENE, COMPLETE LO SIGUIENTE:

Nombre del Asegurado _____ Parentesco con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en que fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía Aseguradora _____ Grupo No. _____ Unión o Local No. _____

Dirección de la cía aseg. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Benedicio anual max.? _____

X
FIRMA DEL PACIENTE O DEL PADRE SI SE TRATA DE UN MENOR**FIRMA**

Nombre del Paciente _____ Fecha de Hoy _____

Doctor Medico _____ Numero De Telefono del Medico _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Esta usted en una dieta especial? Sí No _____
- ¿Usa tabaco? Sí No _____
- ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No _____

Mujeres: ¿Está usted?

- ¿Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Toma anticonceptivos orales? Sí No ¿Está amamantando? Sí No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Asplrina Penicilina Codeina Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Díálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escariatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o arupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / Vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Loucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del ai Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del hono | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Protapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque / Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampolias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulacion de la quilada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista do arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | Sí | No | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Apretá o cruje usted los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula? | | | 14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) ¿Ruidos ligeros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| c) ¿Dificultad a abrir o cerrar la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| d) ¿Dificultad al masticar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Certifico que he leído y entendido la información anterior, Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA

X

Firma del Padre o Tutor (al el paciente es menor do edad)

Fecha

Dan P. McCauley, D.D.S., F.A.G.D., P.A.

Comprehensive Dental Care



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

DAN P. MORCAULEY, DDS

Yo por este medio pido y autorizo el medico nombrado arriba que realice un examen diagnostic dental y que rinda el tratamiento dental necesario a mi hijo/hija:

Nombre de menor

Esta autorizacion tambien se extiende a todos los miembros del personal clinic y tambien incluye radiografias diagnosticas al criterio del medico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal para seleccionar y autorizar servicios de salud para el menor mencionado anteriormente. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar este cuidado debe de ser revocada o modificada de alguna manera, notificare inmediatamente a esta oficina:

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Relacion al Paciente

Reconocimiento de Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad y Formulario de Consentimiento Informado de HIPAA

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
-----------------------------	-----------------------------

Este formulario de consentimiento permite a Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. usar y divulgar información sobre mi persona que se encuentra protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud con fecha de 1996. Esta información puede ser usada o divulgada para llevar a cabo pago de tratamientos o medidas de cuidado de la salud.

Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad, las cuáles describen de manera más completa dichos usos y divulgaciones. Me proporcionó este aviso antes de que yo haya firmado este formulario, de acuerdo con mi derecho a revisar sus prácticas antes de firmar mi consentimiento.

Entiendo que los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener avisos revisados al contactar al Jefe de Privacidad en la Organización.

___ Por este medio autorizo a que Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. pueda dejar mensajes en mi correo de voz para confirmar citas, y/o pueda hablar con otros miembros de mi hogar y dejar mensajes con ellos en relación a mis citas.
 Inicial

___ Email ___ Teléfono de Casa ___ Teléfono de Oficina ___ Teléfono celular

___ Por este medio autorizo a Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. para divulgar mi información de salud a cualquier persona(s) que me acompañen a mi cita y que estén presentes conmigo en la oficina mientras interactúo con el dentista y staff.
 Inicial

___ Por este medio autorizo a Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. para divulgar mi información personal de salud a las personas que he listado como contactos de emergencia.
 Inicial

___ Por este medio autorizo a Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. para divulgar mi información personal de salud a la(s) siguiente(s) persona(s):
 Inicial

Nombre	Número de teléfono	Relación con el paciente

Entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar este consentimiento, con la condición de que lo haga por escrito, pero que los servicios de Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. podrán todavía usar la información para completar cualquier acción que haya sido empezada previamente a mi revocación de consentimiento, y que dependan de mi información de salud. Entiendo que Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. puede negarse a proveer sus servicios si revoco este consentimiento.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar - ahora y en el futuro - información sobre cómo la información de salud es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago y acciones de cuidado de la salud, y me debe ser proporcionada por escrito. Entiendo que si bien Dan P. McCauley, D.D.S., P.A. no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, en el caso de que sí esté de acuerdo, está obligada por dicho acuerdo.

Con mi firma, afirmo la información anterior.

Firma del Paciente _____	Fecha: _____
Firma del Padre (si es menor) / Representante Autorizado _____	Fecha: _____

ADA American Dental Association® Dental Claim Form

HEADER INFORMATION

1. Type of Transaction (Mark all applicable boxes)

- Statement of Actual Services Request for Predetermination/Preauthorization
 EPSDT / Title XIX

2. Predetermination/Preauthorization Number

INSURANCE COMPANY/DENTAL BENEFIT PLAN INFORMATION

3. Company/Plan Name, Address, City, State, Zip Code

OTHER COVERAGE (Mark applicable box and complete items 5-11. If none, leave blank.)

4. Dental? Medical? (If both, complete 5-11 for dental only.)

5. Name of Policyholder/Subscriber in #4 (Last, First, Middle Initial, Suffix)

6. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

7. Gender
 M F

8. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

9. Plan/Group Number

10. Patient's Relationship to Person named in #5
 Self Spouse Dependent Other

11. Other Insurance Company/Dental Benefit Plan Name, Address, City, State, Zip Code

POLICYHOLDER/SUBSCRIBER INFORMATION (For Insurance Company Named in #3)

12. Policyholder/Subscriber Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

13. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

14. Gender
 M F

15. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

16. Plan/Group Number

17. Employer Name

PATIENT INFORMATION

18. Relationship to Policyholder/Subscriber in #12 Above
 Self Spouse Dependent Child Other

19. Reserved For Future Use

20. Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

21. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

22. Gender
 M F

23. Patient ID/Account # (Assigned by Dentist)

RECORD OF SERVICES PROVIDED

24. Procedure Date (MM/DD/CCYY)	25. Area of Oral Cavity	26. Tooth System	27. Tooth Number(s) or Letter(s)	28. Tooth Surface	29. Procedure Code	29a. Diag. Pointer	29b. Qty.	30. Description	31. Fee
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

33. Missing Teeth Information (Place an "X" on each missing tooth.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

34. Diagnosis Code List Qualifier (ICD-9 = B; ICD-10 = AB)

34a. Diagnosis Code(s)
A _____ C _____
(Primary diagnosis in "A") B _____ D _____

31a. Other Fee(s)

32. Total Fee

35. Remarks

AUTHORIZATIONS

36. I have been informed of the treatment plan and associated fees. I agree to be responsible for all charges for dental services and materials not paid by my dental benefit plan, unless prohibited by law, or the treating dentist or dental practice has a contractual agreement with my plan prohibiting all or a portion of such charges. To the extent permitted by law, I consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out payment activities in connection with this claim.

Patient/Guardian Signature

Date

37. I hereby authorize and direct payment of the dental benefits otherwise payable to me, directly to the below named dentist or dental entity.

Subscriber Signature

Date

BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY (Leave blank if dentist or dental entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured/subscriber.)

48. Name, Address, City, State, Zip Code

49. NPI

50. License Number

51. SSN or TIN

52. Phone Number

52a. Additional Provider ID

ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION

38. Place of Treatment (e.g. 11=office; 22=O/P Hospital)
(Use "Place of Service Codes for Professional Claims")

39. Enclosures (Y or N)

40. Is Treatment for Orthodontics?
 No (Skip 41-42) Yes (Complete 41-42)

41. Date Appliance Placed (MM/DD/CCYY)

42. Months of Treatment Remaining
43. Replacement of Prosthesis
 No Yes (Complete 44)

44. Date of Prior Placement (MM/DD/CCYY)

45. Treatment Resulting from
 Occupational illness/injury Auto accident Other accident

46. Date of Accident (MM/DD/CCYY)

47. Auto Accident State

TREATING DENTIST AND TREATMENT LOCATION INFORMATION

53. I hereby certify that the procedures as indicated by date are in progress (for procedures that require multiple visits) or have been completed.

X
Signed (Treating Dentist)

Date

54. NPI

55. License Number

56. Address, City, State, Zip Code

56a. Provider Specialty Code

57. Phone Number

58. Additional Provider ID

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

The following information highlights certain form completion instructions. Comprehensive ADA Dental Claim Form completion instructions are printed in the CDT manual. Any updates to these instructions will be posted on the ADA's web site (ADA.org).

GENERAL INSTRUCTIONS

- A. The form is designed so that the name and address (Item 3) of the third-party payer receiving the claim (insurance company/dental benefit plan) is visible in a standard #9 window envelope (window to the left). Please fold the form using the 'tick-marks' printed in the margin.
- B. Complete all items unless noted otherwise on the form or in the CDT manual's instructions.
- C. Enter the full name of an individual or a full business name, address and zip code when a name and address field is required.
- D. All dates must include the four-digit year.
- E. If the number of procedures reported exceeds the number of lines available on one claim form, list the remaining procedures on a separate, fully completed claim form.

COORDINATION OF BENEFITS (COB)

When a claim is being submitted to the secondary payer, complete the entire form and attach the primary payer's Explanation of Benefits (EOB) showing the amount paid by the primary payer. You may also note the primary carrier paid amount in the "Remarks" field (Item 35). There are additional detailed completion instructions in the CDT manual.

DIAGNOSIS CODING

The form supports reporting up to four diagnosis codes per dental procedure. This information is required when the diagnosis may affect claim adjudication when specific dental procedures may minimize the risks associated with the connection between the patient's oral and systemic health conditions. Diagnosis codes are linked to procedures using the following fields:

- Item 29a – Diagnosis Code Pointer ("A" through "D" as applicable from Item 34a)
- Item 34 – Diagnosis Code List Qualifier (B for ICD-9-CM; AB for ICD-10-CM)
- Item 34a – Diagnosis Code(s) / A, B, C, D (up to four, with the primary adjacent to the letter "A")

PLACE OF TREATMENT

Enter the 2-digit Place of Service Code for Professional Claims, a HIPAA standard maintained by the Centers for Medicare and Medicaid Services. Frequently used codes are:

- 11 = Office; 12 = Home; 21 = Inpatient Hospital; 22 = Outpatient Hospital; 31 = Skilled Nursing Facility; 32 = Nursing Facility

The full list is available online at "www.cms.gov/PhysicianFeeSched/Downloads/Website_POS_database.pdf"

PROVIDER SPECIALTY

This code is entered in Item 56a and indicates the type of dental professional who delivered the treatment. The general code listed as "Dentist" may be used instead of any of the other codes.

Category / Description Code	Code
Dentist A dentist is a person qualified by a doctorate in dental surgery (D.D.S.) or dental medicine (D.M.D.) licensed by the state to practice dentistry, and practicing within the scope of that license.	122300000X
General Practice	1223G0001X
Dental Specialty (see following list)	Various
Dental Public Health	1223D0001X
Endodontics	1223E0200X
Orthodontics	1223X0400X
Pediatric Dentistry	1223P0221X
Periodontics	1223P0300X
Prosthodontics	1223P0700X
Oral & Maxillofacial Pathology	1223P0106X
Oral & Maxillofacial Radiology	1223D0008X
Oral & Maxillofacial Surgery	1223S0112X

Provider taxonomy codes listed above are a subset of the full code set that is posted at "www.wpc-edi.com/codes/taxonomy"