



Información del Paciente

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Menor de edad Seguro Social #: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono: Casa: _____ Celular _____ Trabajo: _____
Email: _____ (Para recordatorios de citas e información de oficina)
¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Persona Responsable

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono: Casa: _____ Celular _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ No. de Seguro Social: _____ Relación al Paciente _____
Contacto de Emergencia _____ Relación al Paciente: _____ Tel: _____

Información del Seguro

No Tengo Seguro Dental

Compañía de Seguro. _____ No. de Seguro Social: _____ Empleador _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Tel. _____
Tiene algún seguro adicional? Si No
Compañía de Seguro. _____ No. de Seguro Social _____ Empleador _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Tel. _____

Publicación de Información

De acuerdo a la Ley de Privacidad HIPAA, por favor tenga en cuenta que para todos los pacientes mayores de 18 años, no podemos dar ninguna información a nadie menos que tengan autorización por escrito. Por favor escriba el nombre (s) de la persona (s) con quien usted nos permite compartir su información.

Nombre _____ relación al paciente _____ Tel. _____

Nombre _____ relación al paciente _____ Tel. _____

Consentimiento para servicios

Autorizo al médico o personal designado para desempeñar las medios de diagnóstico que considere convenientes para hacer un diagnóstico profundo de mis necesidades dentales. Tras este diagnóstico, autorizo al médico para realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente acordado por mí. Asigno todos los beneficios de seguro dental a la que tengo derecho al médico. También autorizo a esta práctica de presentar formularios de reclamo y recibir el pago directamente de la compañía de seguros. Autorizo a la práctica para dar a conocer los registros de tratamiento o radiografías o cualquier otra información necesaria para mi compañía de seguros, si es necesario o requerido. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mí y mis dependientes. Estoy de acuerdo en ser responsable de las reclamaciones pendientes de pago.

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____



Antecedentes Médicos del Paciente

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque Si(S) o No(N)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hemorragia prolongada después de una extracción o cirugía? | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Sida o infección de VIH | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hepatitis A, B o C |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Alergias/ Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Herpes |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Consume bebidas Alcohólicas | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anemia | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Trauma en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Artritis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedad en el hígado |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Implante o Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas en los pulmones |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asma | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedad en los riñones |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Autismo | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Desórdenes Mentales |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Trastorno de la coagulación | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Migraña o dolores frecuentes de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Desordenes nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cáncer | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Marcapasos Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Convulsiones | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetes | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Usa sustancias controladas (Drogas) | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Epilepsia | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas Estomacales /Intestinales |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfisema | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Glaucoma | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Angina | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Fuma o usa tabaco |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Sopleo Cardíaco, Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Presión Arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ictericia amarilla (bilirrubina) |

Alergias

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Acrílico | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Latex |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Aspirina | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Amoxicilina | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Codeína | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Estacional |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Eritromicina | Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anestésico Local | _____ |

Liste sus medicamentos: _____

Fecha de su último examen medico _____

Tiene algún problema de salud actuales no mencionados anteriormente? _____

Esta bajo tratamiento medico? Porque? _____

Nombre y número de su doctor físico _____

Para Mujeres

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Embarazada |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Amamantando |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tomando anticonceptivos orales |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tomando medicaciones con hormonas |
| Ginecólogo : _____ |

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre de su dentista anterior _____ Fecha de su último examen _____

- | | |
|--|---|
| Sangran sus encías mientras se cepilla o usa el hilo dental? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Tiene sensibilidad al frio o caliente? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Tiene sensibilidad al dulce o amargo? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Tiene llagas dentro o alrededor de su boca? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Tiene o ha tenido dolor en su mandíbula? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Aprieta o rechina los dientes? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Usa prótesis totales o parciales? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esta feliz con su sonrisa? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |



Póliza Financiera

Esta declaración es para informarle de nuestra póliza financiera. Nuestro principal objetivo es brindarle la mejor atención dental, y que usted pueda recibir los tratamientos óptimos necesarios para restaurar y mantener su salud dental. Por esta razón hemos formulado la siguiente póliza financiera, a fin de seguir brindando un excelente servicio. Le pedimos que por favor lea cuidadosamente y firme nuestra póliza financiera.

El pago de los servicios debe ser pagado en el día en que se realizan los servicios. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito (Visa, Master Card, Discover). También aceptamos financiamiento Care Credit (por favor pregunte a nuestro personal para más detalles).

Si usted tiene seguro dental, aceptamos la mayoría de los planes de seguro, lo que significa que le asistiremos en la tramitación de sus reclamaciones de seguros. No todos los servicios están cubiertos en todas las pólizas. Los pacientes son responsables de los servicios no cubiertos y / o cualquier saldo no cubierto por su póliza de seguro. Si su compañía de seguros no paga el saldo pendiente en su totalidad dentro de 60 días, vamos a requerir que usted pague el saldo restante.

Cheques sin fondos tendrán un cargo adicional de \$ 25 añadido a la cantidad del cheque original. Los saldos pendientes más de 90 días pueden estar sujetos a cargos de colección y cargos financieros en 1.5% mensual (18% anual).

Les rogamos a nuestros pacientes darnos al menos un aviso de 48 horas antes de la cita para todas las cancelaciones, se le podría cobrar por una cita perdida. Si necesita reprogramar o cancelar una cita, por favor llámenos tan pronto como sea posible.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a nuestra póliza financiera, por favor no dude en preguntar. Estamos comprometidos a proveerle con la experiencia más positiva en el cuidado dental.

Firma Del Paciente/ Padre O Guardian Legal

Relación al Paciente

Fecha

Aviso de recibo de HIPAA Notificación de Practicas de Privacidad

Yo reconozco que he revisado / recibido una copia de la ley HIPAA Notificación de esta oficina de prácticas de privacidad. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Firma Del Paciente/ Padre O Guardian Legal

Relación al Paciente

Fecha