

Bienvenido!

Para ayudarnos a cumplir sus necesidades dentales, por favor llene completamente este cuestionario (en tinta). Si tiene alguna pregunta, por favor diríjase a alguien en la recepción que con mucho gusto le ayudaran. Gracias por ser nuestro paciente!

Información del Paciente

Nombre _____
Primer Apellido Nombre completo

Nombre de Preferencia _____ Título _____

Masc. Fem. Niño (a) Soltero Casado Otro

F. Nacimiento _____ SSN _____

Lic. de conducir _____ Estado _____
(fotocopia requerida)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Teléfono _____ Celular/Otro _____

Correo Electrónico _____

Empleador _____ Teléfono _____

Contacto de Emergencia (Nombre/Tel.) _____

Como se entero de nosotros? _____

Información del Seguro

Nombre del Asegurado _____

SSN (Asegurado) _____ F. Nacimiento _____

Aseguradora _____ Teléfono _____

Empleador _____ # de Grupo _____

Relación del Asegurado con el Paciente _____

College (estudiantes tiempo completo) _____

Responsabilidad y Autorización

Yo, _____ (o mi dependiente), certifico que tengo cobertura por la compañía aseguradora descrita anteriormente la cual asigna directamente todos los beneficios que son cubiertos a esta oficina. Si no los cubre, estarán a cargo de mi. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cuentas que no cubra el seguro. Autorizo a esta oficina para suministrar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo la utilización de esta firma para todas las cuentas del seguro.

X _____
Firma del Responsable

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Políticas Administrativas y Financieras

Se requiere por lo menos de 48 horas de anticipación para cambios o cancelaciones de citas. Las citas canceladas con menos tiempo de anticipación, tendrán un recargo de \$50 y si la cita es con especialista, adicionalmente se cobraran \$50 de sobrecargo.

Una identificación valida es requerida para cheques personales. Los cheques sin fondos serán sujetos a las condiciones de la compañía de cheques electrónicos utilizada en nuestra oficina; incluyendo cualquier recargo de dicha compañía.

El pago o co-pago es requerido en su totalidad en el momento del servicio prestado. En consideración a nuestros servicios profesionales prestados ahora y en el futuro, el (la) firmante acepta pagar el 18% de interés anual de todos los saldos pendientes luego de sesenta (60) días de servicios prestados. Además se cobran servicios de abogado los cuales están estipulados a 33 1/3% del saldo pendiente; con o sin demanda, mas los gastos de la corte. Si el (la) firmante se niega a pagar por los servicios prestados diligentemente, da autorización para revelar su información crediticia a las compañías de crédito y debe aceptar pagar todos los gastos por la obtención de esa información; y/o por localizarlo (la), como sea necesario.

El (La) firmante entiende que los reclamos enviados al seguro Medico/Dental pueden ser cobrados por nuestra oficina, como cortesía, si participamos en el plan de la compañía aseguradora del paciente; y si toda la información del seguro se nos es entregada correctamente y a tiempo. El (La) firmante entiende que el co-pago requerido para los servicios es solo un ESTIMADO de lo que el seguro no cubre, y esta basado en la información que nos da la compañía aseguradora y NO ES GARANTIA DE PAGO. Los costos actuales del seguro pueden discrepar con los nuestros. **ENTIENDO QUE SOY TOTALMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO PENDIENTE.**

En caso de no pagar oportunamente, el (la) firmante entiende que la información medica, personal y financiera concernientes a estos servicios profesionales será dada a conocer a nuestro abogado para el recaudo del dinero. El abogado actúa como "Socio" del proveedor en cumplimiento con el "Health Insurance Portability and Accountability Act." - HIPAA- ("Conveniencia y Responsabilidad del Seguro Medico". Reclamos

Yo, el firmante, certifico que : { } **soy** { } **no soy** miembro activo de las Fuerzas Armadas de EEUU

Yo, _____, certifico que he leído, entendido, y aceptado las cláusulas anteriores.

X _____
Firma del Responsable

Fecha _____

Sigue al respaldo ...

Historia de Salud Dental

Nombre: _____

Razón de su visita _____

 Dentista anterior _____
 Teléfono _____
 Fecha ultimo examen dental _____
 Fecha ultimas radiografías _____
 Fecha ultima limpieza _____
 Frecuencia del cepillado? _____
 Frecuencia de la seda dental? _____
 Siente dolor en alguna parte? _____
 Describa _____

Circule "Si" o "No" indicando si ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Sensibilidad frío/caliente Si No
 Sensibilidad al dulce Si No
 Evita masticar por un lado de la boca Si No
 Sensibilidad al morder Si No
 Restauraciones en mal estado Si No
 Empaquetamiento de alimentos entre dientes Si No
 Fuma tabaco Si No
 Inflamación de encías Si No
 Sangrado de encías Si No

Lesión en labios o boca Si No
 Laceración o lesión dentro de boca/mejillas Si No
 Mal aliento Si No
 Sensación de quemazón en la lengua Si No
 Resequedad en la boca Si No
 Accidente de mandíbula Si No
 Sonido/salto mandibular Si No
 Frecuente dolor cabeza Si No
 Rechina los dientes Si No
 Dolor/cansancio mandibular Si No
 Dolor de oído Si No
 Tratamiento de ortodoncia Si No
 Tratamiento periodontal Si No

Historia Médica de Salud

Medico _____ Teléfono _____

Por favor liste todos los medicamentos (incluya prescripciones, sin prescripción, suplementos) y explique la razón:

Es ud. alérgico (a) a alguno de los siguientes?

Aspirina Codeina Latex Penicilina Valium

Otros: _____

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Válvula artificial Soplo cardiaco Prolapso válvula Mitral Fiebre reumática

Solo para mujeres:

Utiliza anticonceptivos? Si No
 Está lactando? Si No
 Está embarazada? (Fecha parto: _____) Si No

Circule "Si" o "No" para indicar si presenta o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

SIDA/ VIH Si No
 Anemia Si No
 Artritis o problemas de espalda Si No
 Asma o problemas respiratorios Si No
 Transfusión sanguínea (Fecha: _____) Si No
 Cancer Si No
 Marcapasos Si No
 Convulsiones / Epilepsia / Derrames Si No
 Diabetes Si No
 Sangrado excesivo en cirugías/extracciones Si No
 Problemas cardiacos Si No
 Hepatitis o problemas del hígado Si No
 Presión alta o baja Si No
 Problemas de riñones Si No
 Tratamiento con Phen-Phen Si No
 Radioterapia o quimioterapia Si No
 Enfermedades de transmisión sexual Si No
 Ataque Cardiaco Si No
 Desordenes de la tiroides Si No
 Tuberculosis Si No

Yo, _____, certifico que he respondido a cabalidad estas preguntas con la mayor exactitud posible. Entiendo que proporcionando información incorrecta sobre mi historia medica o dental puede ser peligroso para mi salud.

X

Firma del Paciente o Responsable

Fecha

X

Doctor

Fecha