

Estamos contentos darle la bienvenida a nuestra Práctica. Tómese unos minutos para completar este formulario. Si tiene preguntas, con gusto le podemos ayudar. Nuestro compromiso es mantener su salud dental.

Información del Paciente

Nombre : _____
Primer Apellido Nombre Preferido

Sexo: (M/F): _____ Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ # Social: _____

Dirección: _____
Calle # de apt

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de: Casa _____ Trabajo _____ Cell _____

En caso de Emergencia _____
Nombre # de Teléfono

E-mail: _____ Me gustaría recibir correspondencia electronica

Empleador: _____
Nombre Dirección Ciudad Estado/Código

¿Quién lo refirió? (Por favor circule uno) Google Drive By/Sign Phone Book Patient(Family/Friend)

Nombre de la persona que refiere para agradecer: _____

Parte Responsable (Si el paciente es menor de edad)

Nombre: _____
Primer Apellido Nombre Preferido

Sexo: (M/F): _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # Social _____

Dirección: _____
Calle # de apt

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de: Casa _____ Trabajo _____ Cell _____

Email: _____

ASEGURANZA DENTAL DEL TITULAR (SI DIFIERE DEL PACIENTE)

Primario:

Nombre del Asegurado: _____
Primer Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ID/SSN#: _____ Group #: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Empleador: Compania/Dirección (si es diferente): _____

Relación del paciente con el asegurado (marquee uno): Sí mismo Cónyuge Hijo Otro

Nombre y dirección del plan de seguro: _____

Secundario:

Nombre del Asegurado: _____
Primer Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ID/SSN#: _____ Group #: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Empleador: Compania/Dirección (si es diferente): _____

Relación del paciente con el asegurado (marquee uno): Sí mismo Cónyuge Hijo Otro

Nombre y dirección del plan de seguro: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Medico: _____ # de Tel: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo alguna cirugía? Yes No Describir: _____

Enumere cualquier medicamento que haya tomado los últimos 6 meses: _____

Alguna vez has tomado los siguientes medicamentos? Fosamax, Boniva, Actonel? Yes No

¿Usas tabaco? Si No ¿Productos Alcohólicos? Si No ¿Utiliza sustancias controladas? Yes No

MUJERES ESTA USTED:

¿EMBARAZASA/O INTENTANDO EMBARAZAR? Si No

¿TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES? Si No

¿AMAMANTANDO? Si No

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes Medicamentos?

Aspirina _____ Penicilina _____ Anestésicos Locales _____ Acrílico _____ Metal _____ Látex _____

Sulfa _____ Otro, por fvor explique _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Positiva SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alheimers <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis/Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos/mareos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca pasos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula en el corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Coyunturas artificiales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reciente perdida de peso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Murmuro de Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Describe _____	Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlatina/ reumas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de espalda <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corto de aliento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas al respirar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A, B, o C <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sinusitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta presión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque cerebro vascular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Urticaria o Erupciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad en la sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulceras/Colitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Drogadicción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en los pulmones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Otro: _____

HISTORIA DENTAL

Razón por su visita hoy _____

En escala del 1 – 10 (1=no tiene problemas, 10=aterrorizado) que tan nervioso esta de ver al dentista? _____

Dentista anterior _____ Fecha de su ultima visita dental _____

Rellenos o dientes quebrados Si No Sensibilidad a lo frío o caliente Si No

Encías hinchadas o a doloridas Si No Dolor de coyuntura de mandíbula Si No

Rechinamiento de dientes Si No Llagas o dolor de boca Si No

Le gusta su sonrisa? Si No

Si pudiera cambiar su sonrisa, que cambiaria? (color, forma etc;) _____

Doy mi consentimiento para que los doctores, higienistas y asistentes de Middle Creek Dental tomen radiografías, hagan exámenes, y proveen anestesia local para poder realizar cualquier cosa necesaria como limpiezas, rellenos o coronas.

Se cobrara una cuota de \$39.00 por cada cita que Ud. No se presente o si cancela no antes de 24hrs de su cita

Las preguntas de esta forma han sido contestadas al mejor de mi conocimiento. Tengo conocimiento que toda información proporcionada incorrectamente puede ser peligrosa para mi salud (o el paciente en su caso). Es mi responsabilidad informar a esta oficina dental de cualquier cambio medico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE, O GUARDIÁN _____ FECHA _____

[Mediante la ejecución de este acuerdo, usted acepta pagar todos los servicios que se reciben.]

LA POLÍTICA FINANCIERA

Seguro: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de este contrato o de cualquier posible restricción. Usted será informado *antes de que* comience el tratamiento como a un *estimado de su* parte de la cuenta. Esa parte es debido a la fecha de servicio. La cantidad que usted tendrá que pagar es una porción estimada sobre la base de lo que su compañía de seguros nos ha dicho. Si bien podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros que hace la determinación final de sus beneficios. Si su compañía de seguro no paga o paga menos que el estimado, *usted* estará obligado a pagar el saldo de su cuenta. Vamos a facturar a su aseguradora primaria como una cortesía para usted. Si su compañía de seguros no ha efectuado el pago a nuestra oficina dentro de los **30** días, le pediremos pagar el saldo adeudado en ese momento. Luego usted será responsable de obtener el reembolso de su compañía de seguros.

Pagos requeridos: Cualquier co-pagos requeridos por una compañía de seguros **debe** ser pagado en el momento del servicio. Porque este es un seguro obligatorio, no podemos facturarle por estos.

Opciones de pago si usted tiene seguro:

1. Usted elige pagar su deducible de \$ _____ y fuera-de-bolsillo porciones en el momento en que los servicios son prestados por _____ cash, _____ check, o _____ tarjeta de crédito.
2. Sobre el tratamiento de los costos de las pruebas de laboratorio (coronas, puentes o dentaduras postizas), usted puede elegir pagar el 50% de su porción de bolsillo en la fecha de elaboración, y el saldo en la fecha de entrega o de finalización (normalmente dos semanas más tarde).
3. Sobre el tratamiento que sobrepasa los \$300 de gastos corrientes, puede preferir tomar ventaja de nuestro plan de pago mensual a través de una autorización de su tarjeta MasterCard o Visa . Háganos saber si usted está interesado en esta opción y le proporcionaremos una aplicación.

Opciones de pago si no tienes seguro:

1. Usted elige pagar por _____ cash, _____ check, o _____ tarjeta de crédito el día que el tratamiento es prestado.
2. Sobre el tratamiento de los costos de las pruebas de laboratorio (coronas, puentes, dentaduras postizas, etc.), usted puede elegir pagar el 50% de la
Fecha de preparación y el saldo en la fecha de entrega o de finalización (normalmente dos semanas más tarde).
3. Sobre el tratamiento que excede de \$300, usted puede preferir tomar ventaja de nuestro plan de pago mensual a través de una autorización de su tarjeta MasterCard o Visa . Háganos saber si usted está interesado en esta opción y le proporcionaremos una aplicación.

Cargos financieros: un cargo de financiamiento serán impuestas a cada elemento de su cuenta, que no ha sido pagado dentro de los treinta (30) días del tiempo en que el elemento se ha añadido a la cuenta. El cargo financiero será un porcentaje anual de dieciocho (18) por ciento, o el uno y medio por ciento (1,5%) por mes. El cargo mínimo es de \$1.00.

Cuentas vencidas: Si su cuenta se convierte en 60 días de vencimiento, su cuenta será entregado a una agencia de cobranza.

Cheques devueltos: Se le cobrará un cargo de \$25 por cheques devueltos por el banco, debido a insuficiencia de fondos.

Doy mi consentimiento para que los médicos, higienistas y asistentes dentales Middle Creek para tomar radiografías, realizar estudios y proporcionar un anestésico local para realizar las necesarias limpiezas, rellenos o coronas.

Una cuota de \$39.00 pueden cobrarse por citas perdidas o cancelación tardía (menos de 24 horas de antelación).

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma han sido respondiéndome con exactitud. Tengo entendido que el suministro de información incorrecta puede ser peligroso para mi (o) para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del paciente, padre o tutor del _____ FECHA _____

EI ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

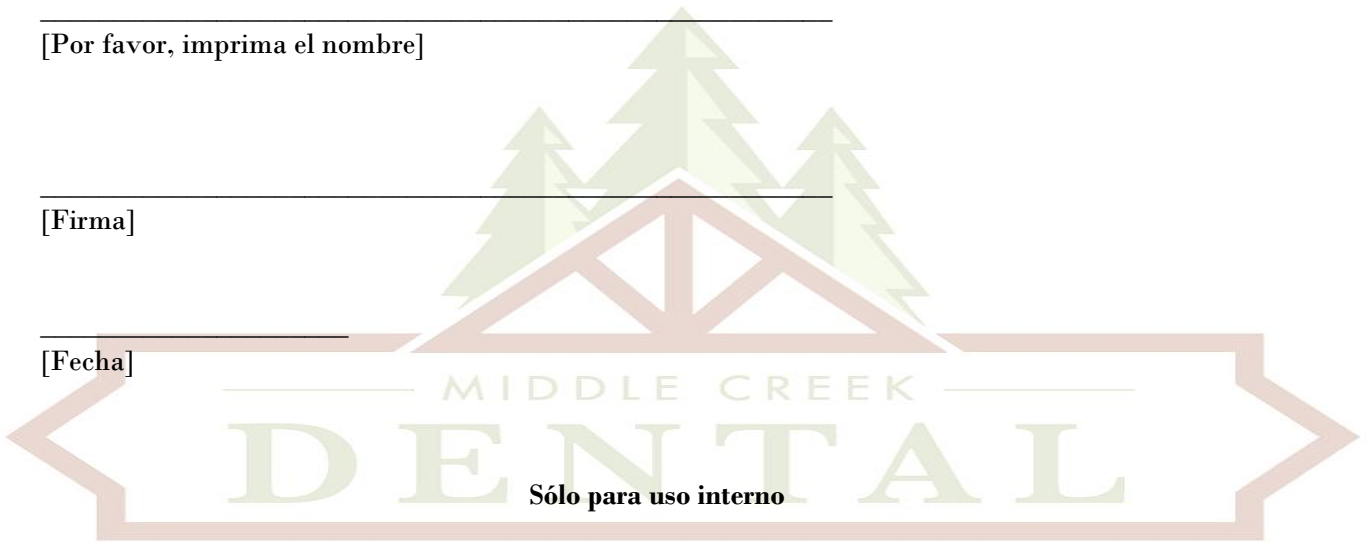
Puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, _____, han recibido una copia de esta oficina de Aviso de Prácticas de Privacidad.

[Por favor, imprima el nombre]

[Firma]

[Fecha]



Hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Se negaron a firma individual
- Barreras de comunicación prohibida la obtención del reconocimiento
- Otro (especifique)

