

Registración del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ # Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social: _____

Prefiero que me contacten por: Correo electrónico Texto Llamada

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle?: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?: _____

Empleador: _____ Hace cuándo: _____

Dirección de trabajo: _____

Posición: _____ Teléfono del trabajo: _____

Tiene seguro dental? Sí No Nombre del seguro: _____

Para que podamos ayudarle con sus beneficios por favor danos la tarjeta de su seguro.

Si el paciente es menor de edad por favor llenar la siguiente información:

Nombre del padre o de la persona encargada: _____

Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de la casa: _____ Número de celular: _____ Número del trabajo: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de trabajo: _____ Hace cuándo: _____

Posición: _____

Dirección del trabajo: _____

En caso de emergencia, contacte a: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Otro número: _____

Información de los pagos y de la seguridad

Apreciamos la oportunidad servirle a usted. Es nuestro intento proveer el mejor cuidado posible y asegurar que usted entienda completamente todos los procedimientos, tratamientos, y expectativas de los pagos.

Pedimos que todos los pagos o los co-pagos estén pagados en el momento de servicio. Para su ventaja, aceptamos cheque, efectivo, Visa, Mastercard, Discover, Amex, y Care Credit.

La seguridad: En nuestra oficina, estaremos contentos de ayudarle a tramitar su seguro. Nosotros completaremos nuestra porción de la reclamación y enviarla sin demora y sin carga a usted. Para prevenir confusión, debe entender que presentar una reclamación es un servicio especial que proveemos para nuestros pacientes. Sería posible que sucedan problemas en obtener los pagos del seguro, y **los pagos no pueden ser garantizados. El paciente es finalmente responsable por la cuenta.**

Si usted tiene cualquier pregunta, nos puede preguntar sin problema.

Yo he leído y entiendo la información arriba: _____ (Firma con los iniciales)

Información de las citas

Excepto en las situaciones de emergencias, usted puede suponer que nosotros estaremos a tiempo para usted, y nosotros apreciaremos lo mismo.

Su cita es especialmente para usted. **Si ocurre la necesidad de cambiar la cita, por favor denos por lo menos 2 días noticia.**

Sin la noticia suficiente, no podemos dar su tiempo reservado a otro paciente que tenga necesidad de cuidado dental. **Hay un cargo de \$25.00 para cada cita no cumplida.** Este cargo incluye la preparación de la sala y el tiempo gastado del doctor, de la higienista, y de la asistente dental quienes estaban listos para proveer su cuidado personal.

Si el horario de usted no le permite hacer planes en el futuro, podemos apuntar sus datos en nuestra lista de pacientes que llamamos con poco tiempo.

Si usted tiene cualquier pregunta, nos puede preguntar sin problema.

Yo he leído y entiendo la información arriba: _____ (Firma con los iniciales)

Noticia de la Práctica de la Privacidad – Acuse de Recibo

Nosotros guardamos un record de los servicios dentales que le proveemos a usted. Usted puede pedir una copia de este record. También, puede corregir ese record. No relevaremos sus records a otras personas sin la autoridad de usted o si la ley nos mande hacerlo. Usted puede ver su record o conseguir mas información por contactar la directora, Christine O'Neill.

Nuestra Noticia de La Practica de La Privacidad describe en mas detalles como su información medica puede ser usada, y como usted puede obtener su información.

Por mi firma abajo, yo admito el recibo de la Noticia de la Privacidad de la Practica.

Firma del Paciente o Individual autorizado

Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta si no es el paciente

Relación

Nombre del Paciente

Historial Medico

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Aunque personal dental trabajan primariamente en el área de la boca, su boca es una parte de su cuerpo en total. Problemas de la salud que usted tiene o medicamentos que toma, pueden tener una interrelación importante con la odontología que recibe. Gracias por contestar la siguiente pregunta.

¿Esta Ud. Bajo atención medica?	Sí	No	Por favor, explique: _____
¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación?	Sí	No	Por favor, explique: _____
¿Ha tenido una herida de la cabeza o el cuello?	Sí	No	Por favor, explique: _____
¿Está tomando alguna medicina, pastilla, o droga?	Sí	No	Por favor, explique: _____
¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen or Redux?	Sí	No	_____
¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel u otro medicamento que tiene bisphosphonates?	Sí	No	_____
¿Esta Ud. a dieta?	Sí	No	
¿Usa Ud. tabaco?	Sí	No	
¿Usa Ud. drogas controladas?	Sí	No	

Mujeres: _____

¿Esta Ud. embarazada? Sí No ¿Toma Ud. Pastillas anticonceptivas? Sí No ¿Esta Ud. lactando? Sí No

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas? _____

Aspirina	Penicilina	Codeína	Anestésicos dentales	Acrílico	Metal	Látex	Sulfamidas
Otro	Si otro, por favor explique: _____						

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos? _____

SIDA/VIH	Sí	No	Cortisona	Sí	No	Hemofilia	Sí	No	Tratamiento de radiación	Sí	No
Alzheimer	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Hepatitis A	Sí	No	Pérdida de peso reciente	Sí	No
Anafilaxia	Sí	No	Adicción de drogas	Sí	No	Hepatitis B o C	Sí	No	Diálisis renal	Sí	No
Anemia	Sí	No	Faltarle el aire	Sí	No	Herpes	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Angina	Sí	No	Enfisema	Sí	No	Alta presión	Sí	No	Reumatismo	Sí	No
Artritis/gota	Sí	No	Epilepsia	Sí	No	Colesterol alto	Sí	No	Fiebre escarlata	Sí	No
Válvulas artificiales	Sí	No	Sangramiento excesivo	Sí	No	Erupción dérmica	Sí	No	Varicelas Adultas	Sí	No
Coyunturas artificiales	Sí	No	Sed excesivo	Sí	No	Hipoglucemia	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Asma	Sí	No	Desmayos	Sí	No	Palpitaciones irregulares	Sí	No	Problemas de sinusitis	Sí	No
Enfermedad hematológica	Sí	No	Tos frecuente	Sí	No	Problemas de los riñones	Sí	No	Espina bífida	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	Diarrea frecuente	Sí	No	Leucemia	Sí	No	Enfermedad del estomago	Sí	No
Dificultad respiratoria	Sí	No	Dolores de cabeza frecuentes	Sí	No	Enfermedad del hígado	Sí	No	Derrame cerebral	Sí	No
Herir fácilmente	Sí	No	Herpes genital	Sí	No	Baja presión	Sí	No	Inflamación de las extremidades	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Enfermedad pulmonar	Sí	No	Problemas de la toroide	Sí	No
Quimioterapia	Sí	No	Fiebre del heno	Sí	No	Prolapso de la válvula mitral	Sí	No	Amigdalitis	Sí	No
Dolor del pecho	Sí	No	Ataque cardiaco	Sí	No	Osteoporosis	Sí	No	Tuberculosis (TB)	Sí	No
Llagas de Fiebre	Sí	No	Murmullo del corazón	Sí	No	Dolor de la mandíbula	Sí	No	Tumores	Sí	No
Cardiopatía congénita	Sí	No	Marcapasos cardíaco	Sí	No	Enfermedad del paratiroides	Sí	No	Ulceras	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	Problemas del corazón	Sí	No	Problemas psiquiátricos	Sí	No	Enfermedades venéreas	Sí	No
									Ictericia	Sí	No

¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad seria que no está arriba? Sí No _____

Comentarios: _____

Usando mis facultades mentales, las preguntas en esta forma han sido contestadas correctamente. Entiendo que proveer información equivocada puede ser peligroso a mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio de mi condición médica.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

POLIZA DE SEGURO DENTAL

Esto es una póliza que le explicara el cómo es el proceso con el seguro médico. Nuestra oficina procesara su seguro dental para su beneficio. Cualquier balance que se deba por servicios realizados en nuestra oficina serán cobrados el mismo día de la cita. Por favor entienda que el balance que nosotros le decimos solo es un ESTIMADO de lo que la seguridad cubrirá de sus servicios. Por ende el balance total que nosotros le damos es solo un ESTIMADO de lo que tendrá que pagar. Cuando nosotros recibamos el pago de la seguridad y ese pago es diferente que el ESTIMADO que nosotros le dimos esto genera un balance en su cuenta y nosotros le enviaremos el nuevo balance. Este balance será SU responsabilidad, este balance tendrá una fecha de expiración y tendrá que ser pagado entre el tiempo de validez. En el caso en que usted haya hecho un exceso de pago, esta plata se le regresara como crédito en su cuenta para futuras necesidades.

Yo he leído y comprendido esta póliza completamente.

Firma del paciente

Fecha