



DR. DEMETRIO M. GONZALEZ, DDS

WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM

Tel: 361-985-7422

5622 EVERHART RD.
CORPUS CHRISTI, TX 78411

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha:
Nombre del Paciente:
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APODO TÍTULO
MASCULINO FEMENINO SOLTERO/A CASADO/A
PACIENTE NUEVO ACTUALIZACIÓN

Fecha de nacimiento del Paciente:
Número de Seguro Social:
*SI ES HIJO/A, PROPORCIONAR NOMBRE(S) DE PADRES O TUTOR A CONTINUACIÓN:

Dirección:
DIRECCIÓN LÍNEA 1 DIRECCIÓN LÍNEA 2
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CASA: MOBILE: OTROS:
Correo electrónico:
¿Cómo escucho de nuestra oficina?

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, por favor de proporcionar la información del pariente más cercano o señalado como contacto no viviendo en la misma dirección que el paciente:
NOMBRE RELACIÓN Tel:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Empleador: Ocupación:
Dirección:
DIRECCIÓN LÍNEA 1 DIRECCIÓN LÍNEA 2
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
TRABAJO: DIRECTO: OTROS: FAX:
Correo electrónico:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Suscriptor:
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APODO TÍTULO
Fecha de nacimiento: Número De Seguro Social:
Empleador del suscriptor:
Relación del paciente con el suscriptor: UNO MISMO ESPOSA HIJO/A OTRO

COMPañÍA PRINCIPAL DE SEGURO:
Numero de Grupo: Numero de ID o Policía:
Dirección:
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
TEL:

INFORMACIÓN DEL DENTISTA ANTERIOR DEL PACIENTE

Dentista: Teléfono:

Clínica/instalaciones:

Dirección:

.....
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Razón para el cambio:

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

SALUD ORAL: EXCELENTE BUENA JUSTA POBRE

Fecha de última visita Tipo de
Dental: tratamiento:

S N ¿Actualmente tiene molestias dentales? Si, explique:

S N ¿Ha tenido cualquier desagradable experiencia dental? Si, explique:

S N ¿Cualquier lesión a dientes, boca/cabeza? Si, explique:

S N ¿Tiene dientes ausentes excepto muelas del juicio o extracciones de ortodontistas?

S N ¿Se han reemplazado los dientes perdidos?

S N ¿Aparatos de ortodoncia(frenos) ahora o en el pasado?

S N ¿Sangrado de encías al cepillarse o usar el hilo dental?

S N ¿Enfermedad de cuestión sobre goma? ¿Historia de la enfermedad de las encías? S N

S N ¿Está conforme con la apariencia de sus dientes?

S N ¿Le duele al morder o masticar?

S N ¿Aprietan o rechinan sus dientes? Si es así, ¿usa usted un guardia de noche o una férula? S N

S N ¿Quiere convertirte en un paciente de cuidado continuo regular en nuestra práctica?

S N ¿Cualquier tipo de tratamiento dental te hace nervioso? Si es así, indique a continuación:

Las preocupaciones más importantes con respecto a mi tratamiento dental son:

¿Qué factores son más importantes para su satisfacción con nuestra oficina?

¿Inquietudes/comentarios adicionales?

PACIENTES DE MENOR DE EDAD: POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

S N ¿Cualquier hábito de boca? (Chuparse el dedo, morder uñas, respiración por la boca, hábitos de enfermería/botella, chupete, etc.)

S N ¿Cualquier hábito inusual al hablar? Si, explique:

S N ¿Dientes perdidos? Si, cuantos:

S N ¿El paciente recibe ayuda al cepillar o con el hilo dental? Si, ¿con qué frecuencia?

INFORMACIÓN DEL DOCTOR GENERAL DEL PACIENTE

Médico: Teléfono:

Clínica/instalaciones:

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

GENERAL DE SALUD: EXCELENTE BUENA JUSTA MALA

- S N ¿Está usted Bajo cuidado de un médico ahora?
- S N ¿Cualquier hospitalización en los últimos 5 años?
- S N ¿Alguna enfermedad grave/o a tenido alguna cirugía?
- S N ¿Usa tabaco en cualquier forma? Si, escriba cual tipo:
- S N ¿Usted necesita medicamento antes de visitas al dentista debido a la condición del corazón o articulación artificial?
- S N ¿Está usted tomando algún medicamento? Si, que medicamentos y que dosis.

PACIENTES FEMENINAS: S N Actualmente amamantando S N actualmente embarazada? Cuando se alivia:

¿Sabes de alguna razón por qué procedimientos dentales de rutina pueden causar un riesgo para usted, nuestro personal u otros pacientes? S N Si, describa:

¿Hay algo importante sobre su condición médica no hemos preguntado? S N Si, describa:

¿Está usted tomando o a usado alguna vez los bifosfonatos (para los huesos) intravenosa u oral? S N

TODOS LOS PACIENTES: ¿USTED TIENE O ALGUNA VEZ HA TENIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN): NINGUNO

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> REFLUJO ÁCIDO | <input type="checkbox"/> BULIMIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> CÁNCER, TRASTORNO MALIGNO | <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> ANOREXIA | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS (A, B, C) | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LOS SENOS |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE CEREBROVASCULAR |
| <input type="checkbox"/> VÁLVULA ARTIFICIAL DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL RIÑÓN | <input type="checkbox"/> AFECCIÓN TIROIDEA |
| <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HÍGADO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> MAREO, DESMAYO | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE VÁLVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> ÚLCERAS |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENÉREA |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO/ASPERGER | <input type="checkbox"/> INFECCIONES DEL OÍDO FRECUENTES | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | |
| <input type="checkbox"/> DESORDEN DE LA SANGRE | <input type="checkbox"/> FRECUENTES DOLORS DE CABEZA | OTROS – POR FAVOR, INDIQUE: | |

TODOS LOS PACIENTES: ¿ES USTED ALÉRGICO A O ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A LO SIGUIENTE? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN): NINGUNO

- | | | | | |
|---|--|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> CODEÍNA | <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA LACTOSA | <input type="checkbox"/> PASTILLAS PARA DORMIR | <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA: LOCAL | <input type="checkbox"/> PRODUCTOS LÁCTEOS | <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL METAL | <input type="checkbox"/> DROGAS SULFA | |
| <input type="checkbox"/> BARBITÚRICOS | <input type="checkbox"/> LÁTEX | <input type="checkbox"/> SEDACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO | <input type="checkbox"/> PENICILINA / OTROS ANTIBIÓTICOS | |
| OTROS – POR FAVOR, INDIQUE: | | | | |

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

TODOS LOS PACIENTES: ¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN): NINGUNO

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS/SULFA DROGAS | <input type="checkbox"/> ANTIHISTAMÍNICOS/ALERGIA | <input type="checkbox"/> ASPIRINA DIARIA | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> DILUYENTES DE LA SANGRE | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS DE QUIMIO CÁNCER | <input type="checkbox"/> CORTISONA/ESTEROIDES | <input type="checkbox"/> MEDICACIÓN DEL CORAZÓN/DIGITAL |
| <input type="checkbox"/> INSULINA | <input type="checkbox"/> NITROGLICERINA | <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS ORALES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS DE OSTEOPOROSIS |
| <input type="checkbox"/> OTROS MEDICAMENTOS DIABÉTICOS | <input type="checkbox"/> DROGAS RECREATIVAS | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES | <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTES |
| <input type="checkbox"/> Otros (indíquelo a continuación) _____ | | | |

Policías Financieras

Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible lograr una salud oral total. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestras directrices financieras.

Seguro

Aceptamos la mayoría de los pagos de seguros dentales, sin embargo es posible que no estemos en la red de su seguro dental. Si no estamos en la red de seguro, revise sus detalles de su plan. Como en algunas ocasiones, reembolso de su seguro es similar.

- **Estamos en la red de ciertos más planes dentales como: PPO, Medicaid y CHIP.**
- **Ningún presupuesto es una garantía de pago.** Por favor entienda que usted es responsable de todos los cargos no cubiertos por su seguro. También, muchas compañías de seguros están excluyendo ciertos procedimientos dentales o descalificación de procedimientos a un nivel menor de reembolso; en cuyo caso, usted sería responsable de la diferencia.
- **Menores de edad deben ser acompañados de un padre o tutor legal mayor de 18 años de edad.** Si los padres están separados o divorciados, la persona que acompaña al menor será responsable de copago en el momento del servicio.

Pagos

- **La parte del paciente o el copago del paciente debe ser pagado al tiempo de los servicios,** al menos que se han hecho arreglos financieros anteriormente.
- **Información de pago:**
 - o Se aceptan las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover)
 - o Efectivo, cheques personales
 - o Diferentes opciones de financiamiento con CareCredit®
- **Saldos que tienen más de 90 días pendientes, tendrán un 18% o \$10 mensual cargo financiero mínimo.** Nos damos cuenta de que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen estos problemas, le recomendamos que nos contacte inmediatamente para asistencia en la gestión de su cuenta.

Citas canceladas / perdidas

- Si usted no puede hacer una cita en la fecha prevista, por favor notifique a la oficina. Si usted desea cancelar su cita o cambiar la fecha, debe haber un aviso de 24 horas. Si su cita es cancela/cambiada el día de su cita o no se presenta, abra un cobro de **\$25**. Este cobro tendrá que ser pagado cuando venga a una cita. Si usted llega a su cita 15 minutos después de la hora programada, tenemos el derecho de reprogramar su cita. Si hay un total de 3 o más citas rotas, se colocará en las bases de Walk-In (sin cita). Que significa, si llama para hacer una cita, no le programaremos una. Usted tendrá que venir sin cita previa y correr el riesgo de no verlos. Estaremos viendo a los pacientes en nuestro programa primero y luego lo adaptaremos a nuestro horario.

Al firmar a continuación reconozco ha leído y entendido lo anterior.

Firma: _____

Fecha: _____



DR. DEMETRIO M. GONZALEZ, DDS

WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM

Tel: 361-985-7422

5622 EVERHART RD.
CORPUS CHRISTI, TX 78411

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Actualizado 2013

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi protegida personales y de información en salud, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo los términos en que se pueden utilizar mi salud personal y la información de identificación.

He sido informado de del mi proveedor dental *Aviso de prácticas de privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de salud. Me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia del *Aviso de prácticas de privacidad*. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar el *Aviso de prácticas de privacidad* y que puedo contactar con esta oficina en la dirección de arriba para obtener una copia actualizada del *Aviso de prácticas de privacidad*.

Entiendo que puedo pedir por escrito que restringe cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, las operaciones de pago o atención de la salud y comprendo que usted no está obligado a aceptar mi pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

Firma: _____

Fecha: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: YO MISMO/A PADRES GUARDIAN O TUTOR OTRO

Doy permiso para que las siguientes comunicaciones sean utilizados por el Dr. Demetrio M. Gonzalez, DDS (por favor revise todo lo que aplique):

Teléfono celular: Recordatorios de mensaje de texto permitidas

Teléfono casero Trabajo correo electrónico:

Estoy dando permiso al Dr. Demetrio M. Gonzalez, DDS a revelar su identidad a cualquier persona que puede responder a mi hogar, trabajo o teléfono celular.

Estoy dando permiso al Dr. Demetrio M. Gonzalez, DDS para dejar un mensaje con cualquier persona que puede responder a mi teléfono o en mi correo de voz de los siguientes números (por favor revise todo lo que aplique) :

Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono del trabajo Ninguno

Otros (explicar)

Me gustaría darle permiso a las siguientes persona(s) para llevar a sus citas dentales y tienen acceso a la información personal, incluyendo pero no limitado al tratamiento y facturación de mí y los hijos dependientes mencionados:

1) Nombre: _____ Relación al paciente _____

2) Nombre: _____ Relación al paciente _____

3) Nombre: _____ Relación al paciente _____

4) Nombre: _____ Relación al paciente _____

5) Nombre: _____ Relación al paciente _____



DR. DEMETRIO M. GONZALEZ, DDS

WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM

Tel: 361-985-7422

5622 EVERHART RD.

CORPUS CHRISTI, TX 78411

AUTORIZACIÓN DE PAGO – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE – FIRMA EN ARCHIVO

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo cambios en mi estado de salud p cambios de mi medicamento, voy informar al dentista y personal en la próxima cita sin falta.

Por lo presente, autorizo el pago directamente al Dr. Demetrio M. González, DDS de los beneficios dentales.

Autorizo por este medio al Dr. Demetrio M. González, DDS para lanzar cualquier información sobre mi salud, salud dental, consejo, tratamiento o suministros previstos. Esta información es para ser utilizado en la administración de reclamaciones dentales o discutir opciones de tratamiento con otros profesionales de la odontología.

Entiendo y acepto que (independientemente de mi estado de seguro) soy responsable por el saldo de mi cuenta para los servicios profesionales prestados.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo las declaraciones antes mencionadas.

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍZA DE LA SALA DE TRATAMIENTO

- No hay alimentos o bebidas en las salas de tratamiento.
- NO tomar/hacer llamadas o video de paciente en tratamiento. Si necesita hacer o recibir una llamada, por favor salir de la habitación y utilizar sus teléfonos celulares en el vestíbulo o afuera.
- Respeto la privacidad de todos nuestros pacientes. (No divulgar cualquier información médica o cualquier otra cosa en relación con un paciente que está presente en nuestra oficina, esto se considera una violación de la privacidad del paciente)
- NO hablar mientras que el Dr. González está examinando al paciente o explicando el tratamiento al paciente. (De lo contrario si es preguntado por el Doctor.)(Esta póliza aplicara solamente al visitante o familiar que entre con el paciente a la habitación.)
- Cuando el Dr. González este en tratamiento con el paciente, se le pide que no moleste al Doctor. **Los instrumentos pueden afectar al paciente con cualquier mal movimiento o distracción.** Si es necesario hacer una pregunta, por favor hacerle saber al Doctor la ayudante. Cualquier perturbación o distracción podría retrasar el tratamiento para el paciente.
- Padres con niños pequeños: se recomienda que los niños pequeños no ser visto por el dentista, se mantengan en el vestíbulo en compañía de un adulto.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo las declaraciones antes mencionadas.

Firma: _____

Fecha: _____