

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: _____	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A	<input type="checkbox"/> NIÑO/A
FECHA DE NACIMIENTO: _____	*SI EL PACIENTE ES SU HIJO/A, NOMBRE DE PADRES O TUTOR: _____		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____			

Direccion: _____		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
Correo electronico: _____		
¿Como escuchó de nuestra oficina?: _____		

**INFORMACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA**

En caso de una emergencia, por favor de proporcionar la información del pariente mas cercano o señalado como no viviendo en la misma dirección que el paciente:

Tel: \_\_\_\_\_

NOMBRE	RELACION AL PACIENTE
--------	----------------------

**INFORMACION DEL EMPLEADOR (SI ES UN MENOR DEJAR EN BLANCO)**

Empleador: _____	Ocupacion: _____
------------------	------------------

**INFORMACION DEL SEGURO DENTAL (SI ES DIFERENTE A LO QUE YA TENEMOS)**

Titular del Seguro:	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Fecha de nacimiento:			Numero de SS:	
Nombre del empleador:				
Relacion al paciente:	<input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> HIJO/A <input type="checkbox"/> OTHER			
<b>COMPANY PRINCIPAL DE SEGURO:</b>				
#de poliza.:				
Direccion:	TEL: _____			
	FAX: _____			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		

Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL DENTISTA ANTERIOR

Nombre del  
dentista: \_\_\_\_\_

Tel:

Razon por el cambio: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DENTAL

Fecha de ultima visita dental:

Tratamiento dental reciente:

S  N Mal aliento  
 S  N Sangrado de encias  
 S  N Dientes flojos o empastes rotos

S  N Se le acumula comida entre los dientes  
 S  N Rechinar o apretar los dientes  
 S  N enfermedad periodontal

S  N Sensibilidad a lo dulce  
 S  N Sensibilidad al masticar  
 S  N Llagas/crecimientos  
 S  N Sensibilidad frio/caliente

¿Qué tan frecuente se cepilla sus dientes?

## INFORMACION DEL DOCTOR GENERAL DEL PACIENTE

doctor: \_\_\_\_\_

Tel:

clinica: \_\_\_\_\_

### Para mujeres

Pacientes con embarazo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Actualmente amamantando?
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Esta embarazada?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Esta tomando anticonceptivos? Si, cuando se alivia?:

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

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> REFLUJO ACIDO | <input type="checkbox"/> VALVULA ARTIFICIAL DEL CORAZON     | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICION      | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSQUIATRICO |
| <input type="checkbox"/> ADHD          | <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES        | <input type="checkbox"/> ATAQUE DE CORAZON          | <input type="checkbox"/> RADACION/QUIMOTERAPIA   |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA      | <input type="checkbox"/> PARALISIS CEREBRAL                 | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZON   | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA        | <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUIMICAS | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO             | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA        |
| <input type="checkbox"/> ANOREXIA      | <input type="checkbox"/> DESORDEN DE LA SANGRE              | <input type="checkbox"/> HEPATITIS(A, B, C)         | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENerea      |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD      | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE CEREBROVASCULAR          | <input type="checkbox"/> PRECION ALTA               | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE TIROIDES    |
| <input type="checkbox"/> BULIMIA       | <input type="checkbox"/> DEPRESION                          | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE RIÑON        | <input type="checkbox"/> ULCERAS                 |
| <input type="checkbox"/> CANCER        | <input type="checkbox"/> DIABETES                           | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HIGADO        | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS            |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS      | <input type="checkbox"/> MAREOS/DESMAYOS                    | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE VALVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS           |
| <input type="checkbox"/> ASMA          | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA FREQUENTES         | <input type="checkbox"/> VARICELA                   | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS              |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO       | <input type="checkbox"/> INFECCIONES DE OIDO FRECUENTES     | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES     | <input type="checkbox"/> OTRO:                   |

**NINGUNO**

### PACIENTES: ES USTED ALERGICO A/O ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA REACCION A LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

- |                                   |  |   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL | <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA LACTOSA  | <input type="checkbox"/> PASTILLAS PARA DORMIR         | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b> |
| <input type="checkbox"/> CODEINA  | <input type="checkbox"/> DROGAS SULFA    | <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL METAL      | <input type="checkbox"/> PRODUCTOS LACTEOS             |   |
| <input type="checkbox"/> LATEX    | <input type="checkbox"/> BARBITURICOS    | <input type="checkbox"/> SEDACION DEL OXIDO NITROSO | <input type="checkbox"/> PENICILINA/OTROS ANTIBIOTICOS |   |
| <input type="checkbox"/> OTRO:    |  |   |  |   |

## INFORMACION DE MEDICAMENTOS

PACIENTES: ¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):				<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>
<input type="checkbox"/> ANTIBIOTICOS/SULFA DROGAS	<input type="checkbox"/> ANTIHISTAMINICOS/ALERGIA	<input type="checkbox"/> ASPIRINA DIARIA	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO PARA PRECION ALTA	
<input type="checkbox"/> DILUYENTES DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS DE QUIMIO/CANCER	<input type="checkbox"/> CORTISONA/ESTEROIDES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO PARA CORAZON/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 PARA DIABETICOS	<input type="checkbox"/> DROGAS RECREATIVAS	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES	<input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTES	
<input type="checkbox"/> OTRO (PLEASE LIST BELOW)				



**DR. DEMETRIO M. GONZALEZ, DDS**

[WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM](http://WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM)

Tel: 361-985-7422

729 EVERHART RD.

CORPUS CHRISTI, TX 78411

## **RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

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 mis pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Me gustaría darle permiso a las siguientes persona 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: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_

## Guías Financieras

### Seguro:

Aceptamos los principales seguros dentales; sin embargo, no somos un proveedor dentro de la red. Lo que significa que puede pagar un poco más de lo que pagaría si acudiera a un proveedor dentro de la red; esta alternativa nos permite utilizar los mejores materiales disponibles y asignar suficiente tiempo para brindar la mejor atención posible. En muchos casos, es posible que tenga un reembolso del seguro; revise los detalles de su plan. En ocasiones, el seguro puede enviar un cheque de pago al suscriptor en lugar de a nosotros. \*Aceptamos Medicaid y CHIP (solo para niños menores de 21 años)

\*Ningún presupuesto es garantía de pago.

**\*Por favor, comprenda que usted es responsable de todos los cargos no pagados por su seguro. Y que no somos un proveedor dentro de la red con ningún seguro dental.**

Iniciales: \_\_\_\_\_

\*Los menores de edad deben estar acompañados por un parente, tutor legal o alguien mayor de 18 años

### Pagos:

-La porción del paciente o el copago del paciente se debe pagar cuando se prestan los servicios. Si usted no puede pagar por su tratamiento dental, su cita tendrá que ser reprogramada.

-Información de pago:

- Se aceptan todas las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover)
- Efectivo, Cheques Personal (Menos de \$150 SOLAMENTE)

-Financiación disponible:

- Cherry/Sunbit
- Financiación en la oficina\*
- CareCredit

\*Se aplican restricciones de financiamiento internos. El personal principal discutirá la información con el paciente/padre/tutor.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Póliza para citas CANCELADAS O NO PRESENTARCE

Si no puede asistir a su cita como está programado, notifique a nuestra oficina tan pronto como sea posible. Si desea cancelar o reprogramar su cita, debe haber un aviso de 24-hrs. Si su cita es cancelada o reprogramada el día de su cita o no se presenta, una tarifa por cancelar/no presentarse/o reprogramar que debe ser pagada antes de cualquier cita en la cantidad de **\$50.00**. Proporcionamos un período de gracia después de la hora de su cita de **10 minutos**. Si llega al **minuto 10** de su cita programada, tenemos el derecho de reprogramar su cita. Si el paciente tiene Medicaid o CHIP se notifica al seguro sobre cualquier cita perdida. Si hay más de 3 citas perdidas, el seguro eliminará al paciente de nuestra lista. Esto significa que ya no podremos ver al paciente en nuestra oficina.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_