

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"/> NINO/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 escucho 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:	
NOMBRE _____	Tel: _____
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>COMPAÑIA 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: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Mal aliento                     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Se le acumula comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sensibilidad a lo dulce    |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangrado de encias              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Rechinar o apretar los dientes         | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sensibilidad al masticar   |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N enfermedad periodontal                 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Llagas/crecimientos        |
|   |  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sensibilidad frio/caliente |

¿Qué tan frecuente se cepilla sus dientes?

## INFORMACION DEL DOCTOR GENERAL DEL PACIENTE

doctor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 clinica: \_\_\_\_\_

### Para mujeres

<b>Pacientes con embarazo</b>	<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):**

☐ NINGUNO

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> REFLUJO ACIDO | <input type="checkbox"/> VALVULA ARTIFICIAL DEL CORAZON     | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICION      | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIATRICO |
| <input type="checkbox"/> ADHD          | <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES        | <input type="checkbox"/> ATAQUE DE CORAZON          | <input type="checkbox"/> RADIACION/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 FRECUENTES         | <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:                    |

**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"/> 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:    |  |   |  |

☐ NINGUNO

## INFORMACION DE MEDICAMENTOS

**PACIENTES: ¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):**

☐ NINGUNO

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS/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)           |  |  |   |

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	RAZON POR TOMARLO

### 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: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

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

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

## 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 padre, 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 PRESENTARSE**

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: \_\_\_\_\_