

Informacion Sobre El Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Postal: _____

Numero de Seguro Social: _____

Telefonos: Casa: _____ Celular: _____

Esoja el apropiado: Menor de edad [] Soltero(a) [] Divorciado(a) [] Otro []

Infomacion del Seguro Dental

Compania de Seguro: _____

Empleador: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nac. Del Asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Infomacion del Seguro Dental Secundario

Compania de Seguro: _____

Empleador: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nac. Del Asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROVEE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO;

1. Usted considera que tiene una buena salud? Si No
2. Esta o ha estado bajo el cuidado medico dentro del ultimo ano? Si No
Si lo ha estado especifique por queha sido tratado
3. Usted toma algun medicamento, incluyendo pastillas para elcontrol prenatal? Si No
Por favor especifique nombre y proposito del medicamento:

4. Usted tiene o ha tenido algun problema de corazon o sangre? Si No
5. Alguna vez le han dicho que tiene murmullo en el Corazon? Si No
6. Usted requiere ser premedicado con antibioticos por una condicion cardiac, valvula artificial o articulacion artificial? Si No
7. Usted tiene o ha tenido tension arterial alta? Si No
8. Usted sangra o se moratea facilmente? Si No
9. Ha sido diagnosticado alguna vez con HIV positivo o SIDA? Si No
10. Alguna vez ha tenido hepatitis o enfermedad del higado? Si No
11. Alguna vez ha tenido: fiebre reumatica ___ Asma ___ desorden de la sangre _____; Si No
Diabetes ___ reumatismo ___ arthritis _____ tuberculosis _____ enfermedad venerea _____ ataque
cardiac _____ enfermedad del rinon _____ desordenes del sistema inmunologico _____ otras enfermedades
_____ Especifique: _____
12. Alguna vez ha tenido una reaccion inusual o es alergico a alguno de los siguientes: Si No
Penicilina ___ Aspirina ___ Acetaminofen ___ Ibuprofeno ___ Codeina ___: Barbituricos _____ Sulfas _____
Otros _____
13. Esta sujeto a desmayarse? Si No
14. Alguna vez ha tenido una reaccion severa a los tratamientos dentales o a los anestesicos locales? Si No
15. Es usted alergico a algun anestesico local? Si No
16. Usted tiene alguna otra alergi? Describala _____ Si No
17. Alguna vez ha tenido un ataque nervioso o ha estado en tratamiento psiquiatrico? Si No
18. Alguna vez ha sido tratado por alcoholism o drogadiccion? Si No
19. Esta usted embarazada? Si No
20. Tiene dolor? Si No
21. La ultima vez que vio aun Odontologo? _____ Si No
22. Quien fue su ultimo Odontologo? _____ Si No
23. Usted cree que sus dientes estan afectando su salud? Si No
24. Tiene o ha tenido sangrado de la encia o es esta sensible? Si No
25. Alguna vez ha tomado Phen-Fen o algun medicamento para controlar el apetito? Si No
26. Alguna vez ha tomado alcohol o ha fumado ? Si No
27. Algun vez ha tomado Fosamax, Boniva o algun otro medicamento prescrito para reducir la reabsorcion de los huesos como la Osteoporosis o algun otro medicamento para la metastasis de cancer de hueso? Si No

YO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, DESDE QUE UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOMO PUEDEN AFECTAR MI TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA Y ESTOY DE ACUERDO EN TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ODONTOLOGO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SIGUIENTE CITA.

Firma _____ Fecha _____
(Paciente o representante legal)

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condicion de su tratamiento por parte de esta oficina, se deben hacer arreglos financieros antes de empezar el tratamiento. La practica depende del reembolso de nuestro pacientes por el costo ocurrido en su atencion para permanecer viable. Sin embargo la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios por emergencias dentales, o cualquier servicio dental hecho sin un arreglo financiero previo deben ser pagados en efectivo al tiempo de que el servicio es rendido. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todo los servicios dentales hechos son directamente cobrados al paciente y que es directamente responsable de pagar por todos los servicios dentales. Esta oficina le ayudara hacer las formas para los seguros o les ayudara en hacer cobros a las companias de seguro y acreditara tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De todas maneras esta oficina no puede rendir servicios asumiendo que los cargos van hacer completamente pagados por la compania de seguros. Un cargo mensual del 18% sera adicionado al balance no pagado y sera puesto a toda las cuentas que excedan 60 dias desde la fecha del servicio a menos que un arreglo financiero se haga previamente. Yo entiendo que la cuota estimada por mi tratamiento dental solo puede ser extendida por un periodo de 6 meses desde la fecha del examen. En consideracion del servicio dental profesional que se me ha dado (o por mi requerimiento a mi hijo menor o pupilo) por el odontologo. Estoy de cuerdo en pagar el costo del servicio dental proveido por el odontologo o el empleado al tiempo que los servicios fueron prestados o dentro de 5 dias si el credito se ha extendido por el odontologo. En el evento de que mi cuenta no sea pagada estoy de acuerdo en pagar mi balance mas la suma de recargo por la agencia de coleccion a la cual se me ha enviado tambien estoy de acuerdo a pagar los costos del abogado y la corte si fuera necesario. Yo autorizo a dar la informacion financiera de mi cuenta incluyendo cargos, pagos e intereses al odontologo y su agencia de coleccion al igual que el abogado que lleva las colecciones si esto fuera necesario. Yo doy permiso para que me llamen en mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. Tambien estoy de acuerdo que su oficina me deje mensajes concernientes a citas o resultados. Este acuerdo remplaza cualquier acuerdo firmado anteriormente incluyendo mediaciones o arbitraje yo estoy consiente que los acuerdos anteriores quedan invalidos y anulados. Yo autorizo al odontologo y sus designados a dar informacion financiera identificable y descripcion del tratamiento e informacion ya sea electronicamente, fax o por escrito a mi seguro o cualquier identidad que requiera obtener esta informacion. Estoy consiente que he recibido una copia de las polizas privadas de esta oficina. Estoy de acuerdo en revelar al odontologo nombres de las personas a las que autorizo para discutir mi cuidado dental. Yo certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma y con lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en cumplir las condiciones en este documento.

Firma del paciente Fecha

Relacion con el paciente _____