



Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Tómese unos minutos para completar este formulario lo más completo que pueda. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarlo.

#### Información Personal

**Nombre** \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primero                      Segundo                      (Preferido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_ Género:  H  M Casado:  Sí  No

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Patrón actual \_\_\_\_\_ Employer Phone # \_\_\_\_\_

Como supiste de nosotros?  Correo  Manejado Por  Google  Amigo/Paciente: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Tipo de confirmación de cita preferida:  Texto  Llamada  Email

Cuando fue su última visita dental? \_\_\_\_\_

Razón por su visita hoy? \_\_\_\_\_

Interesado en blanquear los dientes?  Sí  No Interesado en una risa más recta?  Sí  No Ronca en la noche?  Sí  No

**Si el paciente es menor de 18 años, por favor complete también lo siguiente:**

**Nombre del garante** \_\_\_\_\_  
Last                      First                      MI                      (Preferred)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_ Género:  H  M Casado:  Y  N

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Información de Póliza de Seguro

Relación del paciente con el suscriptor:  Yo  Cónyuge  **\*\*Por favor presente su tarjeta de identificación dental\*\***

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_

Segurancía: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

El paciente está cubierto por otro seguro?  Sí  No

#### Política de No Show y Cancelación

Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se concierte su cita, se reserva una habitación, se preparan sus registros y los instrumentos están listos para su visita. Excepto por el tratamiento de emergencia para otro paciente, puede esperar que seamos rápidos. Nosotros, por supuesto, agradecería la misma cortesía de usted. **Le pedimos que si debe cambiar una cita, por favor concédenos por lo menos 48 horas darse cuenta.** Esta cortesía permite dar su habitación reservada a otro paciente de nuestra lista de espera, a quién le gustaría.

Ahorre en gastos dentales \$ 50.00 por hora por no presentarse o cancelación tardía de una visita al consultorio o una visita de higiene. Entiendo eso repetido las cancelaciones o las citas perdidas requerirán que prepague (\$ 50.00 por hora) para la cita al programar. Entiendo que si no me presento a mi cita programada o cancelo menos de 48 horas, la cantidad prepaga no se puede reembolsar \_\_\_\_\_

Iniciales

**Historia Medical**

Doctor Medical: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Medicamentos o medicamentos que está tomando:**

**Verifique cualquier medicamento/droga que sea alérgico a:**

Ninguna

Ninguna

Anestésicos Local

Aspirina

Rieles

Codeína/ Otros Narcóticos

Penicilina

Eritromicina

Drogas Sulfa

Goma de Latex

Otro: \_\_\_\_\_

**Verifique cualquier condición médica que pueda tener:**

Ninguna

Diabetes

Problemas de Rinon/Vejiga

SIDA/VIH

Enfisema

Enfermedad del Hígado

Abuso de Alcohol/Drogas

Epilepsia

Presion Arterial Baja

Anemia/Leucemia

Desmayos/Convulsiones

Problemas de Salud Mental

Anorexia/Bulimia

Ampollas de Fiebre/Herpes

Prolapse de la Valvula Mitral

Artritis

Dolores de Cabeza Frecuentes

Diarrea Persistente

Asma/Fiebre del Heno

Frecuentemente seque la boca

Fiebre Reumática

Problemas de Coagulación

Sjogren

Enfermedad Cardiac Reumática

Sanguínea

Problema de la Vesícula Biliar

Enfermedad de Transmisión Sexual

Transfusión de Sangre

Ataque del Corazón

Sinusitis

Bronquitis

Alta Presion Sanguinea

Úlceras Estomacales

Cáncer/Crecimiento Tumoral

Enfermedad del Corazón/Angina

Problemas Tiroideos

Marcapasos Cardiac

Soplo Cardiac

Tuberculosis

Dolor en el Pecho

Hepatitis/ Ictericia

Otro \_\_\_\_\_

Válvula Cardíaca Dañada

Reemplazo de la Articulación

Urticaria/Erupción Cutánea

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

Reacción inusual a las inyecciones dentales o anestesia general?  Si  No

Su médico le recomienda que tome pre-medicación con antibióticos antes de cualquier tratamiento dental?  Si  No

MUJERES -Está embarazada o tiene razón a creer que si?  Si  No

Usa Tobacco?  Si  No Que tipo y cuanto: \_\_\_\_\_ Usa drogas recreational?  Si  No

**Acuerdo del Paciente**

Nuestra oficina ofrece facturación de seguro como cortesía para nuestros pacientes. La porción del paciente de los servicios dentales se **estima solo y no está garantizada**. Todas las porciones del paciente vencen al momento del servicio. Este monto puede estar sujeto a ajustes cuando las reclamaciones sean ajustadas por la compañía de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros. Entiendo que soy el único responsable de controlar las limitaciones, la cobertura y los beneficios de mi plan de seguro y que no es responsabilidad de mi proveedor de atención dental. Reconozco que soy responsable de todos y cada uno de los saldos adeudados. Si se envía a cobranza, aceptó pagar una tarifa del 40%, todos los honorarios de abogados, intereses (1.8% mensual) y costos judiciales acumulados como resultado de saldos vencidos.

Acepto ser contactado por teléfono, mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando la información que he proporcionado. Acepto y entiendo que estos métodos de contacto se pueden usar para intentar cobrar los montos adeudados, los mensajes de programación y facturación, o cualquier otra información que se considere relevante para la atención de mi paciente.

Al firmar a continuación, certifico que toda la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.

He leído y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Firma del paciente / tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_