

**Información del Paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer

Segundo

Masculino  Femenino

Casado  Individuo  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

*Por favor, mencione al menos dos números de contacto.*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

apartamento#

Ciudad

Calle

Código Postal

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Información Sobre La Salud**

**¿Ha tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque las que correspondan:**

AIDS/HIV +

Alergias a medicamentos:

La Codeína Alergia  
 Alergia a la Penicilina  
 Alergias estacionales  
 Alergia al Látex

Anemia  
 Artritis  
 Las articulaciones artificiales  
 Asma  
 Enfermedad de la Sangre  
 Cáncer  
 Diabetes  
 Mareo

Epilepsia  
 Sangrado Excesivo  
 Desmayo

Glaucoma  
 Crecimientos  
 Lesiones en la cabeza  
 Enfermedad del Corazón

Pase Por la Cirugía  
 Reemplazo de la Válvula  
 Marcapasos  
 Soplo Cardíaco  
 Hepatitis **A, B, C, D, E**  
 Presión Arterial Alta  
 Ictericia  
 Enfermedad Renal  
 Enfermedades del Hígado

Trastornos Mentales

Trastornos Neurológicos

Marcapasos  
 Embarazadas (Actualmente)

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Tratamiento de Radiación  
 Problemas Respiratorios  
 Fiebre Reumática  
 Reumatismo  
 Problemas de Sinusitis  
 Problemas de Estómago  
 Carrera

Tuberculosis

Tumores

Úlceras

Venérea Enfermedad/STDs

OTRO:

**Los medicamentos actuales:**

(Lista de todos los medicamentos que está tomando)

Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

• ¿Alguna vez ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

• ¿Ha sido admitido a un hospital o atención de emergencia durante los últimos dos años?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

• ¿Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

• Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

• ¿Tiene algún problema de salud que requiere ulterior aclaración?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, voy a informar a los médicos en la próxima cita sin falta.**

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

Firma del paciente, padre o guardián

## Información de los Padres o Persona Responsable

Lo siguiente es para:  la paciente esposa  la persona responsable del pago  Compruebe si la dirección es la misma que la anterior

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado  Individuo  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Mejor Hora Para Llamar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## Seguro de la Información

### La información del seguro primario:

Lo siguiente es para:  Yo  Paciente esposa  Hijo Dependiente  Otros (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ El paciente está asegurado  Sí  No  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado  Individuo  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Compruebe si la dirección es la misma que la página anterior

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estate \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estate \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador Asegurado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estate \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Plan de Seguros y Dirección: \_\_\_\_\_

## Los Pacientes de Seguros Por Favor Lea Cuidadosamente

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales amueblados son cargados directamente al paciente y que él o ella son personalmente responsables del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro de los pacientes o ayudar en la toma de las colecciones de las compañías de seguros y de crédito todas las colecciones a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros.

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o garante de pago / responsable

## Consentimiento para los Servicios

Como condición para su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en el cuidado y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben ser pagados en efectivo en el momento de los servicios se llevan a cabo.

**Un cargo de servicio de 1 ½% por mes (18% anual) sobre el saldo pendiente se cargará en todas las cuentas de más de 60 días, a menos que previamente por escrito los acuerdos financieros están satisfechos.**

Yo entiendo que la estimación de tasa de listados para esta atención dental sólo puede ser prorrogada por un período de seis meses a partir de la fecha de la exploración del paciente.

En contraprestación por los servicios profesionales prestados a mí, o a petición mía, por el Doctor, estoy de acuerdo en pagar por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a las dijo el doctor, o su cesionario, en el momento dichos servicios son prestados, o dentro de los cinco (5) días de la facturación si el crédito podrá ser prorrogado. También estoy de acuerdo que el valor razonable de dichos servicios será facturado a menos que se opusieron a por mí, por escrito, dentro de los plazos para el pago de los mismos. También estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier condición de tiempo o continuación no constituirá una renuncia de cualquier término o condición adicional y me comprometo a pagar todos los gastos y honorarios de abogado razonables si traje se instituyó en este documento.

Yo doy mi permiso para que usted o su cesionario, a llamarme por teléfono en casa o en mi trabajo para tratar asuntos relacionados a este formulario.

**He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y de acuerdo con su contenido. También he tenido la oportunidad de revisar y aceptar las formas de privacidad HIPAA.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente, padre o guardián**

Reviewed by Doctor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_