



SMILE



Información Personal

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido Primer Nombre
 Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Niño(a) Otro
 Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Teléfono (Casa) _____ (celular): _____ (Trabajo) _____ Ext: _____
 Correo electrónico: _____
 Dirección: _____
Calle ciudad Estado Zip code

Información Médica

Última visita dental, (fecha): _____ Razón de la visita Hoy: _____

Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque lo que aplica:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / HIV | <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsión | <input type="checkbox"/> Enfermedad Riñón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hígado | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Alergias Ambientales | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Desórdenes Mentales | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Alergia- Codeína | <input type="checkbox"/> Implante Auditivo | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Alergia- Penicilina | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Fumador |
| <input type="checkbox"/> Alergia-Latex | <input type="checkbox"/> Recrecimientos/tumor | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroide | <input type="checkbox"/> Uso de drogas controladas |
| <input type="checkbox"/> Alergia Lactosa-leche | <input type="checkbox"/> Medicamento para Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Actual Embarazo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trauma en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento Radiación | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Corazón | <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio | |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Soplo Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Sangre | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Sinusitis | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problema Estomacal | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | | | |

• ¿Alguna vez ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental? Sí No

Si afirmativo, explique: _____

• ¿Ha tenido alguna cirugía, hospitalización o tratamiento de emergencia en el pasado? Sí No

Si afirmativo, explique: _____

• ¿Está bajo el cuidado médico o tomando algún medicamento? Sí No

Si afirmativo, explique: _____

• Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Nombre del medicamento(s) _____

• ¿Tiene algún problema de salud que necesite mayor clarificación? Sí No

Si afirmativo, explique: _____

A mi mejor conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si tuviera algún cambio en mi salud, informaré a los Doctores en la próxima cita sin falta.

Fecha: _____

Firma paciente, padre o encargado

Referido

¿A quién podemos agradecer su referido a nuestra oficina? Otro paciente, amigo(a) Otro paciente, Familiar

Oficina Dental Páginas Amarillas Periódico Escuela Trabajo Otro _____

Nombre de la persona u oficina que lo refirió a nuestra oficina: _____

Información de la Persona Responsable

Lo siguiente es: Esposo(a) persona responsable de la cuenta

Nombre: _____
 Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Hijo(a) Otro _____

Seguro Social #: _____ Fecha Nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Horario de llamada: _____

Información Plan Dental

Primario

Nombre del Asegurado: _____ Es Paciente? Sí No
Apellido Nombre I

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Area

Nobre del Empleador: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Area

Relación del paciente al asegurador: Mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro _____

Nombre del Plan Dental y Dirección: _____

Consentimiento de Servicio

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

Todos los servicios dentales de emergencia, o de cualquier servicios dentales realizadas sin previo arreglos financieros, se debe pagar en efectivo en el momento se llevan a cabo los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental deben entender que todos los servicios dentales realizados se imputan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar a los pacientes las formas de seguros o ayudar en la toma de colecciones de las compañías de seguros de crédito y cualquiera de esas 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.

Un cargo por servicio de 1 ½% por mes (18% anual) sobre el saldo pendiente de pago se cargará en todas las cuentas superior a 60 días, a menos que previamente por escrito los arreglos financieros han sido cumplidas.

En el examen por los servicios profesionales prestados a mí, a petición mía, por el Doctor, yo estoy de acuerdo en pagar, por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a dicho doctor, o su cesionario, en el momento dichos servicios son prestados, o dentro de los cinco (5) días siguientes a la facturación de crédito si se ampliará. Además de acuerdo en que el valor razonable de dichos servicios serán los que facturan menos que se opuso a, por mí, por escrito, dentro de los plazos para el pago del mismo. Además de acuerdo en que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier momento o condición en este documento no constituirá una renuncia de cualquier otro término o condición y además se compromete a pagar todos los costos y honorarios razonables de su abogado si se instituyó el ejemplo a continuación.

Esta oficina requiere 24 horas para cualquier aviso cancelaciones. Un cargo de \$ 50.00 se cobrara por cualquier cita rota o cancelada el mismo día de tratamiento.

Yo concedo mi permiso a usted o a su cesionario, a llamar a mi casa o a mi trabajo para examinar cuestiones relacionadas con este formulario.

He leído las anteriores condiciones de tratamiento y de pago y de acuerdo a su contenido.

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____
Firma paciente, padre o encargado

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

****You May Refuse to Sign This Acknowledgement****

Yo, _____ he recibido una copia de Notice of Privacy Practices de esta oficina.

{Nombre del paciente}

{Firma}

{Fecha}

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please specify)