

POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACION SOLICITADA – GRACIAS



PACIENTE
APELLIDO:

NOMBRE:

INICIALES

¿Cómo desea ser dirigido? _____

Fecha de Nacimiento _____

Soltero Casado Divorciado Masculino Femenino ¿Estudiante a tiempo completo? Si No Escuela _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Mobile) _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Ocupación _____

Seguro Social # _____

Empresa de Seguro Dental _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por otro seguro dental? Si No Especificar si cualquier otro seguro _____

¿Cómo supo de nuestra oficina? ¿A quién podemos agradecer por su referencia? _____

¿Qué tan importante es su salud oral para usted? _____

Cuanto te gusta tu sonrisa? _____

En una escala 1-10, (1-4 No Importante - 5-7 De alguna manera Importante - 8-10 Muy Importante)

¿Qué cambiarías en tu sonrisa? _____

PARTE RESPONSABLE (SI NO ES PACIENTE)

Apellido _____

Nombre _____

Iniciales _____

Dirección _____

DOB _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Celular) _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Ocupación _____

Seguro Social # _____

Empresa de Seguro Dental _____

Grupo # _____

AUTHORIZATION

Autorizo al dentista a llevar a cabo procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental apropiado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el cuidado de mi (o con mi hijo), el asesoramiento y el tratamiento proporcionado para evaluar y administrar reclamos por beneficios de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información concerniente a mi cuidado de salud (o de mi hijo), consejo y tratamiento a otro dentista. Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, de lo contrario pagadero a mí. Entiendo que mi aseguradora de cuidado dental o pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos que la factura real por servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de los pagos en todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos previos en contrario y acepto ser responsable por los pagos de servicios no pagados, total o parcialmente por mi pagador de atención dental. Doy fe de la exactitud de la información de esta página.

Firma _____

Fecha _____

REGISTRO DEL PACIENTE

POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy: _____ Última consulta dental _____ (fecha)

Antiguo dentista: _____ Últimas radiografías _____

Por favor marque si tiene / tuvo:

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Mal aliento | <input type="checkbox"/> | Encías hinchadas, enrojecidas o sangrantes | <input type="checkbox"/> | Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a Novocaina o anestésicos locales o generales? | <input type="checkbox"/> |
| Ampollas en los labios o la boca | <input type="checkbox"/> | Dolor en la cabeza, el cuello o la mandíbula | <input type="checkbox"/> | | |
| Sensación de ardor en la lengua | <input type="checkbox"/> | Mordedura de labios o mejillas | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es Sí, por favor explique | _____ |
| Mastica en un lado de la boca? | <input type="checkbox"/> | Dientes móviles | <input type="checkbox"/> | | |
| Fumar cigarrillos, pipas o cigarros | <input type="checkbox"/> | Respiración bucal | <input type="checkbox"/> | | |
| Masca Tabaco sin humo? | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de ortodoncia | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna dificultad con tratamiento anterior? | <input type="checkbox"/> |
| Boca seca | <input type="checkbox"/> | Óxido nitroso | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es Sí, por favor explique | _____ |
| Retención de alimentos entre los dientes | <input type="checkbox"/> | Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> | | |
| Aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad a la presión o irritantes, | <input type="checkbox"/> | | |
| Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> | (Frío, calor, dulces) | | | |
| Crecimientos o puntos doloridos en la boca | <input type="checkbox"/> | ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? | _____ | ¿Con qué frecuencia te cepillas?? | _____ |

HISTORIA MEDICA

Nombre del médico: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección del médico: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o operación invasiva? Si En caso afirmativo, indique fechas aproximadas: _____

Embarazada? Si Fecha ? _____ Amamantando? Si Anticonceptivos? Si

Por favor marque si tiene / tuvo:

- | | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Alergias, fiebre del heno, sinusitis | <input type="checkbox"/> | Problemas en el corazón | <input type="checkbox"/> | Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | Hepatitis? | <input type="checkbox"/> | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> |
| Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> |
| Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> | Herpes | <input type="checkbox"/> | Tumor (crecimiento en la cabeza y el cuello) | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> | Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> | Úlcera | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | Cualquier Inmunodeficiencia (SIDA) | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> |
| Asma: Hospitalización Requerida | <input type="checkbox"/> | Ictericia (piel amarilla) | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso, sin explicación | <input type="checkbox"/> |
| Asma: con Esteroides | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> | ¿Usas lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> |
| Sangrado anormal con cirugía | <input type="checkbox"/> | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> | ¿Consumes bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades de la sangre, trastornos de coagulación | <input type="checkbox"/> | Válvula Mitral Prolapsada | <input type="checkbox"/> | ¿Está actualmente bajo el cuidado de un Medico? | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | Osteopenia | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted alérgico / sensible al látex? | <input type="checkbox"/> |
| Dependencia química | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | ¿Alérgico a la penicilina, la aspirina u otras drogas? | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> | Marcapasos | <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, explique: | _____ |
| Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> | Tratamientos de radiación | <input type="checkbox"/> | | |
| Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> | Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> | | |
| Tos persistente o sangrienta | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> | ¿Actualmente está tomando algún medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> | Falta de aire | <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, indique: | _____ |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Sinusitis | <input type="checkbox"/> | | |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> | Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> | | |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> | | |
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> | | |
| Murmullo de corazón | <input type="checkbox"/> | Hinchazón de los pies / tobillos | <input type="checkbox"/> | | |

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

He leído y contestado las preguntas anteriores con lo mejor de mi conocimiento.

Paciente/ Firma del guardián: _____ Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA _____

Smile Practice Family Dentistry, se compromete a brindarle el mejor cuidado posible, y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor pregunte si tiene cualquier duda sobre nuestros servicios, precios, la política de pagos, o su responsabilidad financiera.

- TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR NUESTRO FORMULARIO DE "INFORMACIÓN DEL PACIENTE" ANTES DE CONSULTARSE CON UN PROFESIONAL DENTAL.
- EL PAGO INTEGRAL ES DEBIDO AL TIEMPO DEL SERVICIO.
- ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, AMERICAN EXPRESS, VISA, TARJETA MASTERCARD Y CARECREDIT (planes de pago)

SMILE PRACTICE FAMILY DENTISTRY PROPORCIONA LA FACTURACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COMO CORTESÍA A NUESTROS PACIENTES. LA PARTE DEL PACIENTE DEL SERVICIO (S) DENTAL (ES) ES ESTIMADO Y DEBIDO AL TIEMPO DE SERVICIO

PACIENTES ADULTOS

Pacientes adultos son responsables por la cancelación completa del pago antes de recibir nuestros servicios y finalización del tratamiento dental.

MENORES ACOMPAÑADOS POR UN ADULTO

El adulto que acompaña a un menor, sus padres o tutores, son responsables del pago completo en el momento del servicio.

MENORES NO ACOMPAÑADOS

Los padres o tutores son responsables del pago completo en el momento del servicio. El tratamiento que no sea de emergencia será negado a menos que los cargos hayan sido pre-autorizados a un plan de crédito aprobado, o a Visa, MasterCard o Discover.

SEGURO

Smile Practice Family Dentistry ofrece la facturación de las compañías de seguros como una cortesía a nuestros pacientes. La porción del servicio dental de los pacientes se calcula y se paga en el momento del servicio. Esta cantidad puede estar sujeta a ajuste cuando la (s) reclamación (es) de los servicios dentales son adjudicados por la compañía de seguros. Además, ciertas compañías de seguros tienen una limitación anual para los servicios dentales que pueden ser reembolsados dentro de cada año del plan. Si usted o su familia exceden estas limitaciones anuales en cualquier año del plan, usted será responsable de la cantidad total de servicios dentales que exceden las limitaciones del plan. El paciente es responsable de monitorear el monto de sus beneficios restantes para cualquier período de beneficio anual. El paciente debe estar pendiente de su propia información y siempre averiguar la información proporcionada por el personal de Smile Practice Family Dentistry con respecto a su beneficio restante en tal período de beneficios.

Las reclamaciones que presentamos a las compañías de seguros indican que usted ha asignado esos beneficios a Smile Practice Family Dentistry. Sin embargo, si usted es pagado por la compañía de seguros en lugar de Smile Practice Family Dentistry, entonces se hace responsable del saldo total de la cuenta y el pago se espera inmediatamente.

Si usted o su familia tiene más de un programa de seguro dental, le ayudaremos a obtener los máximos beneficios disponibles.

Usted como paciente siempre es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por su seguro.

PAGOS DELINQUENTES

La póliza de la oficina incluye que después de 30 días de un balance pendiente, este será transferido al departamento de colección.

CITAS PERDIDAS O CANCELADAS

En Smile Practice Family Dentistry, entendemos que su tiempo es muy valioso. Nos esforzamos constantemente para que su experiencia aquí sea más placentera que en cualquier otro lugar en el que haya estado anteriormente. Intentar acomodar las necesidades individuales y el cronograma de trabajo de cada paciente puede ser un desafío. Hacemos todo lo posible para mantenernos a tiempo para que nuestros pacientes no tengan que esperar innecesariamente. Su cita es un compromiso de tiempo entre usted y nuestra oficina. Le pedimos que haga todo lo posible para mantener ese compromiso. Proporcionamos una llamada de recordatorio de cortesía uno o dos días antes de su cita. Si considera que no puede cumplir con su cita, requerimos un aviso mínimo de 24 horas para que podamos ayudar a otros pacientes con sus necesidades dentales. Si nuestra oficina no es notificada dentro de las 24 horas, estará sujeto a un cargo por cancelación tardía de \$50. Al firmar abajo, acepto cumplir con mi obligación como paciente de Smile Practice Family Dentistry y acepto la tarifa de "cita interrumpida" si no notifico adecuadamente.

Firma del responsable _____

Fecha _____

Gracias por entender y aceptar nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

POLÍTICA FINANCIERA