

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Nombre Preferido: _____

Paciente es: ☐ Titular de la póliza ☐ Persona Responsable

Persona(s) responsable (si es alguien que no sea paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Tel. de Casa (____) ____ - ____ Tel. de Trabajo (____) ____ - ____ Ext. Celular (____) ____ - ____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ SSN: ____ - ____ - ____

Numero De Licencia de Conducir: _____

☐ Persona(s) responsables(s) también es titular de la póliza del paciente

☐ Titular primario de la póliza de seguro

☐ Titular secundario de la póliza de seguro

INFORMACION DEL PACIENTE

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Tel. de Casa (____) ____ - ____ Tel. de Trabajo (____) ____ - ____ Ext. Celular (____) ____ - ____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ SSN: ____ - ____ - ____

Numero De Licencia de Conducir: _____

Correo Electrónico: _____

☐ Me gustaría recibir correo vía electrónica

INFORMACION DE SEGURO PRIMORDIAL

Nombre del Asegurado: _____

Relación el asegurado: ☐ Si Mismo ☐ Espos(a) ☐ Hijo(a) ☐ Otro

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ SSN del Asegurado: ____ - ____ - ____

Empleador: _____

Compañía Aseguradora: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Dirección 2: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Aunque los personales dentales tratan principalmente el área en y alrededor de la boca, y su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Está bajo el cuidado de un médico? Yes No
 ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor? Yes No
 ¿Alguna vez ha tenido una grave en la cabeza o lesión en el cuello? Yes No
 ¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Yes No
 ¿Toma o ha utilizado, Fosamax o Bisphoponate? Yes No
 ¿Está usted en una dieta especial? Yes No
 ¿Utiliza el tabaco? Yes No
 ¿Utiliza sustancias controladas? Yes No
 ¿Ronca? Yes No
 ¿Le gusta su sonrisa? Yes No

Si, si explique: _____
 Si, si explique: _____
 Si, si explique: _____
 Si, si explique: _____

Mujeres: ¿Está usted?

☐ Embarazada o tratando de quedar embarazada? ☐ Amamantando?
☐ Tomando anticonceptivos orales?

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

☐ Aspirina ☐ penicilina ☐ codeína ☐ acrílico ☐ metal ☐ látex ☐ anestésicos locales
☐ otro Si, si explique: _____

SIDA/VIH	dolor de pecho llagas bucales	dolores de cabeza frecuentes	latido del corazón irregular	fiebre reumática
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	ampollas de fiebre cardiopatía	herpes genital	problemas renales	reumatismo
ANAFILAXIA	congénita convulsiones	glaucoma	leucemia	escarlatina
ANEMIA	medicina cortisona	fiebre de heno	enfermedad del hígado	herpes
ANGINA	diabetes	ataque al corazón / fracaso	presión arterial baja	células falciformes
ARTRITIS / GOUT	adicción a las drogas	soplo cardíaco	enfermedad pulmonar	sINUSITIS
Válvula cardíaca artificial	fácilmente sin aliento	fabricante de la paz del corazón	prolapso de la válvula mitral	espina bífida
articulación artificial	enfisema	pacificador del corazón / enfermedad	dolor en articulaciones de la mandíbula	estomacal intestinal disease
ASMA	epilepsia o convulsiones	hepatitis A	enfermedad paratiroidea	accidente cerebrovascular
ENFERMEDAD ARTERIAL	sangrado excesivo	hepatitis B o C	tratamientos de radiación	hinchazón de las extremidades
transfusión de sangre	sed excesiva	herpes	atención psiquiátrica	enfermedad de la tiroides
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	desmayos/ mareos	hipertensión	pérdida de peso reciente	amigdalitis
moretones con facilidad	tos frecuente	urticaria o erupción	tratamientos de radiación	tuberculosis
CANCER	diarrea frecuente	hipoglucemia	pérdida de peso reciente	tumores o crecimientos
QUIMIOTERAPIA		problemas del corazón / enfermedad	diálisis renal	úlceras
		ictericia	fiebre reumática	enfermedad venreal

¿Usted alguna vez ha tenido una enfermedad seriada por la cual no fue mencionada?

Si No Si, si explique: _____

Comentarios _____

Con lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mí (o de mi paciente) para la salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente o guardián _____

Fecha _____

POLIZA DE CITA Y FINANCIAMIENTO

Estimados Pacientes,

Gracias por escoger a Divine Family Dental como su proveedor dental para su familia. Esperamos proporcionarles el cuidado dental de alta calidad a un precio razonable.

Al programar sus citas, estamos haciendo un compromiso con usted. Por favor recuerde que hemos reservado un momento especial para usted. Si usted encuentra la necesidad de reprogramar sus citas, le pedimos un mínimo de 48 horas de antelación. ***Citas falladas y citas canceladas sin aviso de 48 horas están sujetas a una cuota de \$ 85.00.***

Los cheques devueltos por falta de fondos están sujetos a una cuota de \$ 35.00. este cargo se aplica para cubrir los gastos bancarios. Por favor, háganos saber si arreglos especiales debe ser hecho.

La porción del paciente se debe al momento del servicio. Por favor traiga su co-pago con usted.

Nosotros facturamos a su seguro como una cortesía para usted. Si las cantidades son negadas o no cubierto, el balance pendiente es su responsabilidad. Su porción estimada para los servicios se basa en la información proporcionada por su compañía de seguros, y el pago se espera en el día del tratamiento. Por favor, solicite un estimado, si no se ha dado a usted.

Declaro que no soy un beneficiario de seguros del estado asistido, incluyendo pero no limitado a, el DSHS.

Paciente reconoce en consideración para los servicios dentales que se prestarán que toda la deuda pendiente a nuestra oficina no se incluirá en cualquier petición de bancarrota.

Desafortunadamente, no tenemos los recursos para mantener una supervisión adecuada de los niños. Por favor absténgase de traer a los niños solos / no programados.

Gracias de nuevo por su comprensión y atención a ayudar a mantener las instalaciones limpias y seguras, nos ayuda a brindarle la atención dental óptima.

FIRMA:

Reconocimiento del Recibo de la Declaración de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de prácticas de privacidad para las oficinas de Divine Dental. La Declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida de salud que podrían ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios, o en el desempeño de las operaciones de la oficina de atención de la salud. La Declaración de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina con respecto a mi información protegida de salud. La Declaración de Prácticas de Privacidad también se ha publicado en la instalación.

Divine Dental se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la Declaración de Prácticas de Privacidad. Si cambian las prácticas de privacidad, que se le ofrecerá una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad en el momento de mi primera visita después de las revisiones entrarán en vigor. También puede obtener una declaración de Prácticas de Privacidad, solicitando que se me enviará por correo.

AUTORIZACIÓN DE REVELACIONE DE INFORMACION ADICIONAL

Además de las revelaciones permitidas descritas en la Declaración de Prácticas de Privacidad, por la presente autorizo específicamente la revelación de mi información protegida de salud a las personas indicadas a continuación.

CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA INMEDIATA	SI	NO
CONYUGE SOLAMENTE	SI	NO
OTRO (ESPECIFICAR)	SI	NO

Nombre del paciente o responsable

Firma del paciente o responsable

Fecha

Descripción de la autoridad del responsable

USO OFICIAL SOLAMENTE DEBAJO DE ESTA LÍNEA REGISTRÓ DE RECONOCIMIENTO DE A NO SER OBTENIDOS

¿Proporcionado antes del tratamiento? SI NO

Fecha:

Razón de la negación: Necesita más tiempo para revisar la declaración de prácticas de privacidad.

Quería consultar con otra persona antes de firmar.

No puede firmar.

La razón no determinada.

Otro (explicar):