

INFORMACION DEL PACIENTE:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Informacion del Seguro Secundario:

Nombre del asegurado/a:

Relacion con el/la asegurado/a: ☐ Yo soy el/la asegurado/a ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro/a

Seguro social # del asegurado/a:

Fecha de Nacimiento del asegurado/a:

Empleador:

Nombre del seguro:

Direccion:

Dirreccion 2:

Ciudad, Estado, Codigo Postal:

ANDERSON FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

(Puede negarse a firmar este reconocimiento)

Yo, _____, he recibido (disponible previa solicitud al registrarme en nuestra recepcion) una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina.

Entiendo que puedo recibir mensajes de confirmacion de cita (asi como recordatorios sobre la premedicacion antes de la cita) a traves del contestador automatic, correo de voz, mensaje de texto, correo o a traves de otro miembro de mi hogar.

(Por favor imprima el nombre)

Firma del paciente/padre

Fecha

Podemos discutir su informacion medica o financiera con cualquier miembro de su familia o person?

☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos

Nombre

Relacion

Nombre

Relacion

Solo Para Uso de Oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- ☐ Individuo se nego a firmar
- ☐ Barreras de comunicacion impidieron obtener el reconocimineto
- ☐ Una situacion de emergencia nos impidio obtener el reconocimiento
- ☐ Otro (especificar)

Names of minor children:

Numero de telefono

Numero de telefono

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	☐ Sí ☐ No	_____
¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	☐ Sí ☐ No	_____
¿Esta usted en una dieta especial?	☐ Sí ☐ No	
¿Usa tabaco?	☐ Sí ☐ No	
¿Usted usa sustancias controladas?	☐ Sí ☐ No	

Mujeres: ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada? ☐ Sí ☐ No Toma anticonceptivos orales? ☐ Sí ☐ No Esta amamantando? ☐ Sí ☐ No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

☐ Aspirina	☐ Penicilina	☐ Codeína	☐ Acrílico	☐ Metálico	☐ Látex	☐ Anestésicos locales	☐ Sulfamida
☐ Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____							

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	☐ Sí ☐ No	Cortisona	☐ Sí ☐ No	Hemofilia	☐ Sí ☐ No	Tratamiento con radiación	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de Alzheimer's	☐ Sí ☐ No	Diabetes	☐ Sí ☐ No	Hepatitis A	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso reciente	☐ Sí ☐ No
Anafilaxia	☐ Sí ☐ No	Drogadicción	☐ Sí ☐ No	Hepatitis B o C	☐ Sí ☐ No	Dialisis renal	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Fácilmente pierde el aliento	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Angina	☐ Sí ☐ No	Enfisema	☐ Sí ☐ No	Presión arterial alta	☐ Sí ☐ No	Reumatismo	☐ Sí ☐ No
Artritis/Gota	☐ Sí ☐ No	Epilepsia o convulsiones	☐ Sí ☐ No	Colesterol Alto	☐ Sí ☐ No	Escarlatina	☐ Sí ☐ No
Álvula del corazón artificial	☐ Sí ☐ No	Sangrado excesivo	☐ Sí ☐ No	Ronchas o erupción cutánea	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No
Articulación artificial	☐ Sí ☐ No	Sed excesiva	☐ Sí ☐ No	Hipoglucemia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de células falciformes	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Desmayos / vértigo	☐ Sí ☐ No	Latido irregular del corazón	☐ Sí ☐ No	Problemas del seno nasal	☐ Sí ☐ No
Enfermedad arterial	☐ Sí ☐ No	Tos frecuente	☐ Sí ☐ No	Problemas de los riñones	☐ Sí ☐ No	Espina Bífida	☐ Sí ☐ No
Transfusión de sangre	☐ Sí ☐ No	Diarrea frecuente	☐ Sí ☐ No	Leucemia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad estomacal/intestinal	☐ Sí ☐ No
Problemas respiratorio	☐ Sí ☐ No	Dolores de cabeza frecuente	☐ Sí ☐ No	Enfermedades del Hígado	☐ Sí ☐ No	Ataque fulminante	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Glaucomas	☐ Sí ☐ No	Presión arterial baja	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de las extremidades	☐ Sí ☐ No
Moretones con facilidad	☐ Sí ☐ No	Herpes Genital	☐ Sí ☐ No	Enfermedad pulmonar	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de la Tiroides	☐ Sí ☐ No
Quimioterapia	☐ Sí ☐ No	Fiebre del heno	☐ Sí ☐ No	Prolapso de la válvula mitral	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Dolores en el pecho	☐ Sí ☐ No	Ataque/Falla del corazón	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	☐ Sí ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Sí ☐ No	Dolor en la articulación de la quijada	☐ Sí ☐ No	Tumores o crecimientos	☐ Sí ☐ No
Cardiopatía congénita	☐ Sí ☐ No	Marcapasos en el Corazón	☐ Sí ☐ No	Enfermedad paratiroidea	☐ Sí ☐ No	Úlceras	☐ Sí ☐ No
Convulsiones	☐ Sí ☐ No	Problemas/Enfermedad del corazón	☐ Sí ☐ No	Atención Psiquiátrica	☐ Sí ☐ No	Enfermedad venérea	☐ Sí ☐ No
						La ictericia amarilla	☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

ANDERSON FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

Thomas E. Anderson, D.D.S.,

Jacqueline J. Anderson, D.D.S.

Politica Financiera

Es nuestra politica que su pago se pague **en su totalidad** el dia que reciba sus servicios dentales. Nuestra oficina se da cuenta de que la situacion financiera de cada persona es diferente. Por esta razon, hemos trabajado muy duro para ofrecerle una variedad de opciones de pago para que pueda recibir sus servicios dentales y aun asi poder mantenerse dentro de su presupuesto.

Seguro Dental

Por favor tenga en cuenta que haremos todo lo posible para que reciba todos los beneficios de su seguro dental. Esto incluye completar todos los formularios necesarios, sin cargo. Sin embargo, **no podemos garantizar ninguna cobertura estimada.**

La Asociacion Dental Americana considera que seguro dental trabaja mas bien para los pacientes quien toma responsibilidad para entender su policia. Su nivel de beneficios dentales depende de que policia haya comprado su empleador. Su empleador paga la compania de seguros una premia especifica, a su vez utiliza para pagar sus visitas. Por favor, comprenda que su compania dental puede establecer limites a cualquier monto pagado por cualquier procedimiento dental en function de las tarifas del contrato pagadas por el empleador. Algunos procedimientos no son un beneficio cubierto o es posible que se requiera un copago. Si cree que su cobertura es insuficiente, es posible que desee abordar este problema con su empleador.

Nos comprometemos a basar su tratmiento es **sus necesidades de atencion dental**, NO en la cobertura de su poliza de seguro. Eres la persona mas importante respect a tu salud. Despues de consultar con nosotros, usted decide en ultima instancia si un tratamineto es adecuado para usted en este momento. Por lo tanto, **usted es responsable del pago indepedientemente** de su cobertura de seguro. Si por alguna razon su compania de seguros no ha pagado su parte dentro de **los 60 dias** posteriores a la finalizacion del tratamiento, usted sera responsable del pago es ese momento.

Opciones de Pago

Sin seguro: Ofrecemos un 6% de descuento si paga el dia del servicio en efectivo o cheque. (6% no aplica a servicios de blanqueamiento, productos odontologicos y/o cepillos de dientes electricos).

Con seguro: Si sus servicios de restauracion han sido autorizados previamente y se ha determinado el monto de su copago, entonces se espera que su copago se realice el dia del servicio.

Tambien aceptamos pagos con tarjeta de credito (MasterCard, Visa, Discover, American Express or CareCredit).

Plan de pago mensual: Para nuestros pacientes que desean la conveniencia de pagos mensuales, los medicos han hecho arreglos a traves de su banco, para que nuestros pacientes tengan a su disposicion una variedad de opciones que son adecuadas para casi todas las necesidades de nuestros pacientes.

Politica de Cancelaciones Tardias/Citas Fallidas

Su visita a nuestra oficina es importante. No notificar a nuestra oficina sobre la cancelacion de su cita con 48 horas habiles de anticipacion puede resultar en un cargo de \$50 por higiene y \$75 por medico. Si no aprueba 2 citas seguidas, se le cobrara una tarifa por cita fallida. Si ocurre cualquiera de estos no reprogramaremos una cita para usted hasta que su saldo este pagado es su totalidad.

Aceptacion

**HE LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES.
AUTORIZO A MI COMPANIA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES
DIRECTAMENTE A ANDERSON FAMILY & COSMETIC DENTISTRY.**

Nombre Del Paciente

Firma

Fecha