

## INFORMACION DEL PACIENTE

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y será considerado CONFIDENCIAL)

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Años de residencia? \_\_\_\_\_  
 Calle Dpto.# Ciudad Código Postal

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre, madre o tutor legal? \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

El Paciente es:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo  Menor

Licencia de conducir No. \_\_\_\_\_ Seguro Social No. \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Persona para contactar en caso de emergencia : \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a) \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Ocupación : \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del pariente mas cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
 Calle Dpto.# Ciudad Código Postal

## REFERENCIA DE PAGO

Persona responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Calle Dpto.# Ciudad Código Postal

PREFERENCIA DE PAGO:  Efectivo el día del tratamiento  Numero de Visa. \_\_\_\_\_  
 State Aid No. \_\_\_\_\_  Numero de Mastercard \_\_\_\_\_

Nombre de la Compania de Seguro (Seguro Primario) \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Asegurada	Fecha de Nacimiento	Relación	Numero de Seguro Social
Nombre del Grupo de Seguro Dental	Número de Grupo	Numero de Plan	Nombre de Union Local
Nombre de la Compania de Seguros (Seguro Secundario)			
Nombre de la Persona Asegurada	Fecha de Nacimiento	Relación	Numero de Seguro Social
Nombre del grupo de Seguro Dental	Numero de Grupo	Numero de Plan	Nombre de Union Local

## TERMINOS Y CONDICIONES

Como condición para el tratamiento en esta oficina, entiendo que los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La atención dental confía en el reembolso por parte de los pacientes de los costos incurridos en su 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 la prestación del servicio. Entiendo que los servicios dentales que me han proporcionado se cargan directamente a mi y que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Si llevo un seguro, entiendo que esta oficina ayudará a preparar mis formularios del seguro para ayudar a hacer los pagos de las cuentas a las compañías de seguros y acreditará estas a mi cuenta. Sin embargo, esta oficina dental no puede hacer búsquedas en el supuesto de que los gastos serán pagados por una compañía de seguros.

**Asignación de Seguros:** Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a mi dentista beneficios que se acumulan bajo mi póliza.

Un cargo de servicio de 1 1/2% mensual (18% anual) (pero en ningún caso más que la tasa máxima permitida por la ley estatal) se cobrará en el principio de equilibrio no remunerado en todas las cuentas no pagadas dentro de los 60 días de tratamiento fecha.

Entiendo que el costo estimado por este caso dental sólo puede ser prorrogado por un periodo de tres meses a partir de la fecha de examen del paciente.

En consideración a los servicios profesionales prestados a mi o a mi petición, o por el doctor o su personal estoy de acuerdo a pagar, por lo tanto, el valor razonable a dicho medico, o a su apoderado, en el momento que los servicios son prestados o dentro de los 5 días de facturación si el credito se ampliara. Tambien estoy de acuerdo que el plazo prudencial o condiciones a continuación no constituye una renuncia de cualquier otro termino o condición. Estoy de acuerdo que en el caso de que esta oficina comience cualquier procedimiento legal con respecto a las cantidades adeudadas por mi por los servicios prestados, la parte que prevalece en dichos procedimientos tendran derecho a recuperar todos los costos incurridos, incluyendo los honorarios razonables de abogados.

Yo doy mi permiso a usted, o a sus apoderados, a llamarme por telefono en mi casa o en mi trabajo para tratar asuntos de esta formulario.

**He leído las condiciones anteriores de tratamiento y estoy de acuerdo con su contenido.**

Nosotros le pedimos que pague por su visita en el momento del servicio. A partir del 1 de de Julio del 2007 vamos a estar cobrando \$10 de acuerdo con la declaración de cada cuenta pendiente.

Tenga en cuenta que habra un cargo por cualquier cita cancelada sin previo aviso en las 24 horas. Cuota sera la maxima permitida por el seguro o \$25.

Paciente o Padre/Tutor Iniciales X \_\_\_\_\_

Paciente o Padre/Tutor Iniciales X \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Tutor si el paciente es menor. \_\_\_\_\_

(Continúa en el otro lado)

Aunque el personal dental principalmente traten el area y alrededor de la boca, tu boca es una parte de tu cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que este tomando, podrian tener un efecto importante con el servicio odontologico que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

- ¿Esta usted bajo el cuidado medico?  SI  No En caso afirmativo, Por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Estuvo hospitalizado antes o ha tenido una cirugia mayor?  SI  No En caso afirmativo, Por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿ha tenido una lesion grave en la cabeza o en el cuello?  SI  No En caso afirmativo, Por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Esta tomando medicamentos, pastillas o drogas?  SI  No En caso afirmativo, Por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Esta tomando o ha tomado Phenfen o Redux?  SI  No \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algun otros medicamentos que contienen bifosfonatos?  SI  No \_\_\_\_\_
- ¿Esta usted en una dieta especial?  SI  No
- ¿Usted usa tabaco?  SI  No
- ¿Usted usa sustancias controladas?  SI  No

**Mujeres:** ¿Esta embarazada?  SI  No ¿Toma Anticonceptivos orales?  SI  No ¿Lactancia?  SI  No

¿Es usted alergico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeina  Anestésicos Locales  Acrilicos  Metal  Latex  Sulfamidas

Otros En caso afirmativo, Por favor explique \_\_\_\_\_

Do you have, or have had, any of the following?

SIDA/VIH positivo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Medicina de Cortisona <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Tratamientos de Radiacion <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Perdida de Peso Reciente <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Anafilaxia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Adicion a las drogas <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Dialisis Renal <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Falto de Aliento <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Fiebre Reumatica <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Hipertension <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Rematismo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Artritis/ Gota <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Epilepsia o Convulsiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Colesterol Alto <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Fiebre Escarlata <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Valvula de Corazon Artificial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Urticaria o Erupcion <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
articulacion artificial <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Desmayos/Mareo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Mal de Celulas Falsiformes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Tos Frecuente <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Latido del Corazon Irregular <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Problemas Paranasales <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Enfermedad de la Sangre <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Problemas Renales <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Espina Bifida <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Transfucion de Sangre <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad de Estomago <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Problema Respiratorio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Herpes Genital <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad del Higado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Derrame <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Moretones con Facilidad <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Presion Arterial baja <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Hinchazon de las Extremidades <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Cancer <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Fiebre de Hero <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad Pulmonar <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad de Tiroides <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Ataque cardiaco <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Prolapso de la Valvula mitral <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Dolor en el Pecho <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Soplo Cardiaco <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Osteoporosis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Herpes labial/Ampollas de Fiebre <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Marcapasos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Dolor en la Mandibula <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Cardiopatía Congenita <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Problemas del Corazon <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad de Paratiroides <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Ulceras <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Convulsiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad del Corazon <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Atencion Psiquiatrica <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	Enfermedad Venerea <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
			Ictericia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

¿Alguna vez has tenido alguna enfermedad grave que no ha sido mencionado anteriormente?  SI  No \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para el mejor conocimiento las preguntas de este formulario han sido respondidas con precision. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado medico.

FIRMA DEL PACIENTE, PARIENTE, o TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_