

INFORMACION DE PACIENTE

PERSONAL

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURO SOCIAL: _____ GENERO: HOMBRE/MUJER CASADO/A: SI/NO

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO DE CELULAR: _____

TELEFONO DE TRABAJO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

CONTACTO PREFERIDO PARA CONFIRMACIONES: _____

CONTACTO PREFERIDO PARA RETIRO: _____

ESTADO DE ESTUDIANTE SI ES DEPENDIENTE EN SU ASEGURANZA: _____

COMO ESCUCHO DE NOSOTROS?: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ NUMERO DE CONTACTO: _____

RELACION: _____

DIRECCION DE CASA

CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

ASEGURANZA 1:

SU RELACION CON EL ABONADO: YO / PAREJA / HIJO O HIJA

NOMBRE DEL ABONADO: _____ ID DE ASEGURANZA: _____

NOMBRE DE ASEGURANZA: _____

NUMERO DE TELEFONO DE ASEGURANZA: _____

EMPLEADOR: _____ NOMBRE DE GRUPO: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

FAVOR DE PRESENTAR LA TARJETA DE ASEGURANZA EN SU CITA

HISTORIAL CLÍNICO CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?
Si respondió NO, explique: _____
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?
Si respondió, SI explique: _____
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?
Si respondió, SI explique: _____
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique: _____
Fecha del último examen médico _____ Motivo del examen: _____
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
Si respondió, SI explique: _____
Fecha de último examen dental: _____ Nombre del último dentista tratante: _____
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?
Si respondió, SI explique: _____

II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Dolor de pecho (angina)	Sí / No	Sangre en las heces	Sí / No	Vómitos frecuentes
Sí / No	Desmayos	Sí / No	Diarrea o constipación	Sí / No	Ictericia
Sí / No	Considerable pérdida de peso reciente	Sí / No	Micción frecuente	Sí / No	Boca seca
Sí / No	Fiebre	Sí / No	Dificultad al orinar	Sí / No	Sed excesiva
Sí / No	Sudores nocturnos	Sí / No	Zumbido en los oídos	Sí / No	Dificultad al tragar
Sí / No	Tos persistente	Sí / No	Dolores de cabeza	Sí / No	Tobillos inflamados
Sí / No	Expectoración de sangre	Sí / No	Mareos	Sí / No	Dolor o rigidez en articulaciones
Sí / No	Trastornos hemorrágicos	Sí / No	Visión borrosa	Sí / No	Falta de aire
Sí / No	Sangre en la orina	Sí / No	Aparición de moretones con facilidad	Sí / No	Problemas de sinusitis

Otro: _____

III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Enfermedad cardíaca	Sí / No	SIDA/HIV	Sí / No	Atención psiquiátrica
Sí / No	Historial familiar de enfermedad cardíaca	Sí / No	Cirugías	Sí / No	Osteoporosis
Sí / No	Infarto	Sí / No	Internación	Sí / No	Enfermedad tiroidea
Sí / No	Articulación artificial	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Asma
Sí / No	Problemas de estómago o úlceras	Sí / No	Historial familiar de diabetes	Sí / No	Hepatitis
Sí / No	Defectos cardíacos	Sí / No	Tumores o cáncer	Sí / No	Enfermedad de transmisión sexual
Sí / No	Soplo cardíaco	Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Herpes
Sí / No	Fiebre reumática	Sí / No	Radioterapia	Sí / No	Chancro o afta
Sí / No	Enfermedad de la piel	Sí / No	Artritis, reumatismo	Sí / No	Anemia
Sí / No	Endurecimiento de las arterias	Sí / No	Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No	Enfermedad del hígado

Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis
Otro:					

IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS (Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros opioids
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nitroso	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal
Otro:					

V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

(Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		
Sí / No	Opioides (por ejemplo, Norco, Vicodin, Percocet, Percodan)	En caso afirmativo, explique la razón:			

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta:

VI. TODOS LOS PACIENTES (Marque con un círculo Si o No para cada una, según proceda)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario?
Si respondió SI, explique:

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió SI, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado fen-phen? Si respondió SI, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Ha dado positivo por COVID-19?
En caso afirmativo, fecha del resultado positivo de la prueba: _____

Sí / No ¿Está experimentando algún síntoma o efecto continuo o duradero como resultado?
En caso afirmativo, ¿cuáles son estos síntomas o efectos?: _____

Sí / No ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico o está tomando algún medicamento para alguna de las afecciones enumeradas anteriormente?
En caso afirmativo, indique _____

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si respondió SI, ¿de cuántos meses?: _____

Sí / No ¿Está amamantando?: _____

Si el paciente responde "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, considere buscar información adicional del paciente con respecto a sus síntomas y medicamentos, antes del tratamiento.

Sí / No **¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?**

La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médica comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono: _____

¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?

Nombre: _____ Vínculo: _____ Número de teléfono: _____

Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al llenar este formulario.

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha

ACTUALIZACIONES MÉDICAS

He revisado mi historial clínico y confirmo que refleja con precisión mis afecciones pasadas y presentes.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	CAMBIOS EN HISTORIAL CLÍNICO	INICIALES DENTISTA

FORMULARIO DE POLÍTICAS DE OFICINA Y PAGOS

IMPORTANTE: No firme este formulario sin leer y comprender su contenido. Por favor ponga sus iniciales en cada sección para indicar que la ha leído y comprendido.

_____ Seguro: si no está cubierto por ningún plan de seguro dental, se espera el pago completo de todas las visitas al consultorio y otros cargos por servicios en el momento en que se brindan los servicios. Si está cubierto por un seguro, usted es responsable de su parte según lo determine su plan de seguro. Si nuestra estimación de su porción es menor que la cantidad determinada por su plan, se realizará un ajuste en su cuenta y permanecerá como un crédito en su cuenta para que usted lo use y no sea transferible a otra cuenta. Si nuestro cálculo de su porción es mayor que el monto determinado por su plan, se le enviará un estado de cuenta del saldo adeudado junto con una explicación de la cobertura del seguro y deberá pagarse al recibirlo. **Tenga en cuenta que hacemos lo mejor para brindarle la estimación más precisa utilizando los beneficios de seguro que nos brinda su seguro**

_____ Los cargos por todos los servicios prestados son responsabilidad del paciente, estén o no cubiertos por el seguro. Como cortesía, solo presentaremos reclamaciones de seguros dentales para nuestros pacientes al seguro que tenemos registrado y que usted nos proporciona. Es responsabilidad del paciente proporcionar al consultorio la información de su seguro. Si el paciente está cubierto por varios planes, es responsabilidad del paciente informar a nuestra oficina y cualquier cambio en su seguro. Nuestra oficina no presentará ningún reclamo al seguro médico de los pacientes. Todos los pagos de los pacientes, los cargos por servicios no cubiertos y los deducibles son requeridos por su seguro y vencen en el momento del servicio.

_____ Confiamos en la información del seguro que usted nos brinda al presentar reclamos de seguro por usted. Si no tenemos la información correcta del seguro al momento del servicio, es posible que no podamos presentar su reclamo antes de que finalice el período de "Presentación oportuna". Si la información del seguro que nos proporciona no es precisa, usted será responsable del monto total de todos los cargos y aceptará pagar estos cargos en su totalidad.

_____ Cada plan de seguro tiene un conjunto diferente de procedimientos que son elegibles para pago y pueden tener límites en la cantidad y el horario de visitas, radiografías y procedimientos. Nuestra oficina solo proporciona estimaciones basadas en la información que recibimos de su seguro. Ningún seguro garantiza el pago. El seguro determina el pago una vez que reciben el reclamo por los servicios prestados. Muchos factores pueden influir en la denegación de pago por parte del seguro del paciente. Algunos ejemplos son la cantidad de beneficios restantes, si se ha alcanzado o no el deducible del paciente, cualquier período de espera en el plan o si la cobertura es inferior al promedio. Si su compañía de seguros no paga por los servicios prestados en nuestra oficina, usted acepta la responsabilidad del pago total de estos cargos. Usted debe pagar los cargos por ciertos procedimientos antes de que se le brinden los servicios.

Las regulaciones exigen que las compañías de seguros paguen las reclamaciones indiscutidas dentro de los 30 días posteriores a su presentación. Permitiremos 45 días para que su seguro

pague un reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado el total en ese momento, usted será responsable de todos los cargos pendientes. Haga un seguimiento con su compañía de seguros para asegurarse de que paguen sus reclamaciones. Acreditaremos cualquier monto pagado en exceso a la cuenta del paciente o reembolsaremos a la compañía de seguros, según corresponda.

- Pago: aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, HSA, cheques y participamos con la financiación del paciente de Care Credit.
- Créditos de cuenta: si usted o un miembro de su familia tiene un crédito en su cuenta, no podrá transferirlo a nadie más.
- Cuentas morosas: una vez que hayamos agotado nuestros esfuerzos internos para obtener el pago de los servicios, derivaremos las cuentas a una agencia de cobranza externa. Estas agencias reportan cuentas morosas a los servicios de informes crediticios. Se le cobrará y aceptará pagar una tarifa de \$50 y todos los honorarios de cobranza y/o de abogados en los que podamos incurrir al intentar cobrar en su cuenta.
- Cheques devueltos: ocasionalmente, un cheque emitido a nuestra nombre se devuelve sin pagar. Los cheques devueltos deben pagarse en su totalidad dentro de los 10 días posteriores a la notificación más una tarifa de \$40 y deben pagarse en efectivo.
- Programación: los pacientes que no se presenten a una cita o cancelen con menos de 48 horas de aviso válido pueden ser facturados y aceptan ser responsables del pago total del cargo de \$50. Los pacientes que no se presenten a las citas programadas para el tratamiento o los pacientes que cancelen sus citas para el tratamiento sin un aviso válido de 48 horas, resultarán en un cargo de \$65 por hora debido a la cantidad de tiempo programado y la planificación anticipada requerida. Y a los pacientes programados con nuestros médicos especialistas y que no se presenten o cancelen con menos de 48 horas de aviso válido se les cobrará \$75 por hora debido a la cantidad de tiempo programado y la planificación anticipada requerida. **Aviso válido significa hablar con un consultorio miembro del personal durante el horario comercial y no dejando un mensaje de voz**
- He leído, entiendo y acepto las Políticas de Oficina y de Pago como se indica anteriormente. Este consentimiento seguirá siendo válido indefinidamente.

NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA PACIENTE

FECHA