

Informacion Personal

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
 Apellido, Nombre MI (Preferred Name)
 Masculino Femenino Casado Soltero Niño Otro: _____ Email: _____
 Social Security #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Licencia _____
 Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Ext): _____ (Cell): _____
 Direccion: _____
 Calle # de Apartament o _____
 Ciudad Estado Codigo Zip _____
 Nombre de la Empresa: _____ # de la Empresa: _____

Historia Clinica

Nombre del Medico General: _____ Telefono: _____ Fecha Ultima Visita: _____

Esta usted siendo atendido por un medico general? Si No

Ha sido usted internado en un hospital o ha necesitado tratamientos de emergencia durante los ultimos dos años? Si No

Por favor escriba cualquier tipo de medicamentos que este tomando actualmente: _____

Por favor escriba los medicamentos a los cuales es usted alergico: _____

Alguna vez ha tenido alguna de las condiciones medicas enlistadas a continuacion? Por favor marque:

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiac | <input type="checkbox"/> Otras Alergias: _____ | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Alta Presion Arterial | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Ictericia | Fecha del parto: _____ | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Riñon | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiacion | <input type="checkbox"/> Ulcerzs |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de sangre | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Hgado | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeina | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon | <input type="checkbox"/> Alergia al Metal o Latex | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | | |

Fuma o masca tabaco? Si No

Ha tomado alguna droga de prescripcion, fenfluramina, fenfluramina combinada con phentermina (fen-phen), dexfenfluramina (redux), o otro producto para perder peso? Si No

Tiene algun problema de salud del cual deba notificarnos? Si No

Historia Dental

Fecha de su ultima visita dental: _____ Razon de esta visita: Examen de nuevo Paciente ER Consulta Otro: _____

- Cepilla sus dientes y usa hilo dental diariamente? Si No
- Alguna vez ha tenido complicaciones durante su tratamiento dental? Si No
- Esta sintiendo dolor o incomodidad en la actualidad? Si No
- Esta nervioso o ahrensivo acerca de su tratamiento dental? Si No
- Esta insatisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No
- Alguna vez ha tenido una reaccion inusual al anestesico dental? Si No

Tiene o ha tenido alguna de estas condiciones medicas? Por Favor marque

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Encias hinchadas o sangrantes | <input type="checkbox"/> Comida atrapada entre los dientes | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal (encias) | <input type="checkbox"/> Bruxismo |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos | <input type="checkbox"/> Complicaciones en alguna extraccion | <input type="checkbox"/> Tratamiento Ortodontico (Frenos, Braquets) | <input type="checkbox"/> Dolor o ruidos en la mandibula |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a: Calor/Frio/Dulce | | | |

Reconocimiento del Cuestionario de Salud y el concentimiento de Procedencia

Yo certifico que las respuestas a las preguntas de salud son exactas y correctas al mejor de mi conocimiento. Pues un cambio en mi condición médica o los medicamentos pueden afectar el tratamiento odontológico, entiendo la importancia y estoy de acuerdo en notificar a la dentista de cualquier cambio en cualquier cita. Yo autorizo a la Dr. Alexandra Garcia y / o asociados o asistentes, tales como podrá designar para realizar los procedimientos que se considere necesario o conveniente para mantener mi salud dental o la salud dental de los menores o cualquier otra persona bajo mi responsabilidad, incluida la disposición y / o administración de un sedante (incluyendo óxido nítrico), analgésicos, terapéuticos y / o en otros productos farmacéuticos agente (s), incluidos los relacionados con restaurativos, paliativos, terapéuticos o tratamientos quirúrgicos. Yo entiendo que la administración de anestésico local puede causar una reacción desfavorable o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a magulladuras, hematomas, estimulación cardiaca, y rara vez o temporal, permanente adormecimiento y dolor muscular. Yo entiendo que de vez en cuando se pueden romper las agujas y pueden requerir cirugía de recuperación. Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluidos los procedimientos de prevención, como limpiezas y odontología básica, incluidos los rellenos de todos los tipos, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso posiblemente muy doloroso tanto durante como después de la finalización del tratamiento. Encías y los tejidos circundantes también pueden ser sensibles o dolorosas durante y / o después del tratamiento. Yo voluntariamente asumo cualquier y todos los posibles riesgos, incluido el riesgo de daños graves y sustanciales, en su caso, que puede estar asociada con medidas generales de prevención y el tratamiento con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que puede o no se logrará, para mi beneficio o en beneficio de mi hijo o pupilo menor de edad. Yo reconozco que la naturaleza y el propósito de lo anterior se han explicado los procedimientos para mí si es necesario, y he sido dado la oportunidad de hacer preguntas.

 Firma del paciente, padre o guardian _____ Fecha: _____

Informacion de la Remision

A quien debemos agradecerle su remision a nuestra practica? Otro Paciente, amigo Otro paciente, Familiar

Oficina Dental Paginas Amarillas Periodico Escuela Trabajo Otro: _____

Nombre se la persona que lo refirio a nuestra ptactica: _____

Información del Conyugue o Entidad Responsable

El siguiente documento es para: el conyugue del paciente la persona responsable del pago

Nombre: _____
 Masculino Femenino Casado Soltero Niño Otro
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Email: _____ Licencia: _____ Hora para llamar: _____
Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ (Cell): _____
Direccion: _____
Calle _____ Apartment o _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Zip _____

Nombre y Numero telefonico de alguien que no viva con usted: _____

Información de la Empresa

La siguiente es para: el paciente la persona responsable por el pago

Nombre del empleador: _____ Profesión: _____
Dirección: _____
Calle _____ Ciudad, _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Información del Seguro

Primaria

Nombre del Asegurado: _____ ¿Está asegurado el paciente? Sí No
Apellido _____ Nombre _____ MI _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ # Grupo _____ # ID _____
Dirección del Asegurado: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Nombre del empleador del Asegurado: _____
Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
La relación con el paciente de los asegurados: Mismo Esposa Niño Otros _____
Plan de Seguro Nombre, Dirección y Teléfono: _____

Consentimiento para Servicios

Como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende de los pacientes para el reembolso de los gastos efectuados en su cuidado y la responsabilidad financieras por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento.
Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental sin previo realizado arreglos financieros, deben ser pagados por dinero en efectivo o tarjeta de crédito en el momento de prestación de servicios.

Asignación de seguros y de lanzamiento

Yo _____ asigno directamente a la Dra. Alexandra García, todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagado por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. La oficina no aceptar la asignación de los créditos de seguro secundario. El paciente o la parte responsable deberá presentar todas las reclamaciones secundarias. El médico mencionado anteriormente puede usar la información de mi menor / niño 's la información y la atención de la salud puede divulgar esa información a mi compañía de seguros y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

El paciente será responsable financieramente por cancelaciones o el cambiar la cita en menos de 24 horas. El costo a pagar será de \$50.00. Este cargo no es facturable al seguro, por lo que es pagado directamente por el paciente. Nuestra oficina requiere un mínimo de 24 horas de aviso antes de una cita programada.

Un servicio encargado de 1% por mes (18% anual) sobre el saldo pendiente de pago le será cargado en todas las cuentas de 90 días como máximo, a menos que previamente se cumplan los acuerdos financieros.

Entiendo que la estimación de pago incluido en la lista de esta atención dental sólo puede ser prorrogada por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En consideración de los servicios profesionales prestados a mí, o a petición mía, por la Dr. Alexandra García, estoy de acuerdo en pagar, por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a dicho Doctor, o su cesionario, en el momento dijo

servicios son prestados, o dentro de los diez (10) días de la facturación de crédito si se ampliará. Además estoy de acuerdo que el valor razonable de dichos servicios se facturan a menos que se opuso a, por mí, por escrito, dentro de los plazos

para el pago de los mismos. Además estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier condición de tiempo o de continuación no constituirá una renuncia de cualquier otro término o condición, y además se compromete a pagar todos los costos y

razonable los honorarios del abogado si se instituyó el ejemplo a continuación. Un 33% adicional se añadirá a mi cuenta si entregado a una agencia de cobros.

Doy mi permiso para que usted o su cesionario, llamen a mi teléfono en casa o en mi trabajo para debatir las cuestiones relativas a esta forma.

He leído las anteriores condiciones de trato y de pago y estoy de acuerdo con su contenido.

Fecha: _____ Relación con el Paciente: _____

Firma de garante de pago o la parte responsable