

Información de Seguro

Titular de la Póliza _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS# / ID# _____

Relación al Paciente (Por favor seleccione uno) Yo mismo/a Padre/Madre Esposo/a Guardián/Apoderado

Dirección del Titular _____
Calle Apt# Ciudad Estado/Código Postal

Compañía de Seguro _____ Número de Teléfono _____

Nombre del Empleador/Grupo _____ Grupo # _____

¿Tiene Seguro Secundario? Sí No Si seleccionó sí, por favor llene la información siguiente:

Titular de la Póliza _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS# / ID# _____

Relación al Paciente (Por favor seleccione uno) Yo mismo/a Padre/Madre Esposo/a Guardián

Dirección del Titular _____
Calle Apt# Ciudad Estado/Código Postal

Compañía de Seguro _____ Número de Teléfono _____

Nombre del Empleador/Grupo _____ Grupo # _____

Historia Dental del Paciente

Nombre del Dentista Previo _____ Número de teléfono _____

¿Cuál es la razón principal por su visita? _____

Fecha de la última visita al dentista _____ Última limpieza _____

- | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sus encías sangran cuando se lava los dientes o cuando usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | 9. ¿Apreta o raspa sus dientes? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. ¿Sus dientes tienen sensibilidad cuando come comidas calientes/frías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios/cachetes frecuentemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sus dientes tienen sensibilidad cuando toma bebidas dulces/ como comidas dulces? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Alguna vez tuvo extracciones complicadas en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Alguna vez tuvo sangrado prolongado después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez tuvo lesiones de cabeza, cuello, o mandíbula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Le gusta su sonrisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Suena su mandíbula al mover? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Alguna vez consideró un cambio de imagen de su sonrisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Dolor en su mandíbula, oreja, o el lado de su cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 8. ¿Dificultad al cerrar/abrir la boca o al masticar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

HISTORIA MÉDICA

Aunque el personal dental principalmente hace tratamiento en el área dentro de y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que usted pueda tener, o medicaciones que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con el tratamiento dental que usted va a recibir. Gracias por responder las siguientes preguntas (si necesita más espacio, por favor indique en la sección de comentarios que se encuentra al final de esta página).

	Sí	No
¿Está bajo el tratamiento de un doctor médico actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si sí, por favor explique _____
¿Alguna vez estuvo hospitalizado/a o tuvo una cirugía mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si sí, por favor explique _____
¿Alguna vez tuvo una lesión seria de su cabeza o cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si sí, por favor explique _____
¿Está actualmente tomando medicación, pastillas, o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si sí, por favor enumérelas _____ _____
¿Usted toma, o alguna vez ha tomado, Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
¿Está en una dieta especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
¿Usted usa tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mujeres: ¿Esta <input type="checkbox"/> Embarazada/Tratando de Embarazarse?
¿Usted usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos orales? <input type="checkbox"/> Dando el pecho?
¿Tiene alergia a alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Acrílico <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales <input type="checkbox"/> Otro _____	

¿Usted tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Diálisis Renal
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Adicción de Drogas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Le Falta Aire Fácilmente	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Culebrilla
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Ataques Epilépticos	<input type="checkbox"/> Urticaria o Sarpullidos	<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme
<input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis
<input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Latido de Corazón Irregular	<input type="checkbox"/> Espina Bífida
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Estómago/Intestino	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñón
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre	<input type="checkbox"/> Tos Frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/> Inflamación de las Extremidades	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/> Problemas de Respiración	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/> Obtiene Moretones Fácilmente	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmón	<input type="checkbox"/> Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones Mandibulares	
<input type="checkbox"/> Dolores de Pecho	<input type="checkbox"/> Ataque/Falla del Corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Paratiroides	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Herpes Labial/Bucal/Fuegos	<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea
<input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita	<input type="checkbox"/> Estimulador Cardíaco	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas/Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/> Tumores

¿Alguna vez tuvo alguna enfermedad seria que no está enumerada arriba? Sí No Si dijo sí, por favor explique: _____

Comentarios:

De acuerdo a su conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Nombre del Paciente (Letra Imprenta) _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____
(o del padre/madre/guardián/apoderado para pacientes que tienen menos de 18 años)



Querido/a Paciente,

En un esfuerzo para darle opciones de pago flexibles, hemos expandido nuestra póliza financiera.

SU PAGO ES SOLICITADO AL TIEMPO DE SU VISITA.

Ahora ofrecemos las siguientes opciones de pago para la visita de hoy:

_____ Pago en efectivo

_____ Pago con un cheque personal

_____ Pago con una tarjeta de crédito/CareCredit

_____ Puede garantizar cualquier monto que no sea cubierto por su seguro con una tarjeta Visa o MasterCard que será guardada seguramente en nuestro sistema

Por favor seleccione su método de pago para cualquier costo que se deba hoy, firme abajo, y entregue a la oficina antes del tratamiento.

Nuestra oficina es un usuario completamente aprobado y acreditado del *Programa de Cuidado de Salud de Visa y Mastercard (Visa and Mastercard Health Care Program)*, que le permitirá usar su Visa y Mastercard para automáticamente cubrir montos que no sean pagados por su seguro. Usted puede escoger un monto acordado para ser automáticamente cobrado a su Visa o Mastercard mensualmente.

Si ninguna de las opciones enumeradas arriba le aplican a usted, por favor hable con el/la gerente (manager) de la oficina. Gracias.

Imprima su nombre aquí y firme abajo

X _____

Fecha: _____



Quince Orchard Dental Care Póliza Financiera

Citas: Un aviso de 48 horas es requerido para cancelar citas. Citas faltadas y cancelaciones de mismo día serán cobradas \$50 por cada cita. Entendemos que conflictos ocurren pero, con más aviso tenemos un mejor chance de dar la cita a otro paciente que necesita cuidado dental. Pedimos que usted respete nuestro horario como nosotros respetamos el suyo al ver a nuestros pacientes en una manera oportuna.

Pacientes sin Seguro: Se requiere pagos completos al tiempo que se proveen los servicios.

Pacientes con Medicaid: Es su responsabilidad confirmar su propia elegibilidad. Si al tiempo del servicio usted no está elegible para beneficios, usted será responsable por TODOS los cobros.

Pacientes con Seguro Dental: Su póliza de seguro dental puede seguir las Guías de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (American Academy of Pediatric Guidelines). **Es su responsabilidad saber su propia cobertura.** Si usted no quiere que proveamos el estándar de cuidado recomendado para su familia, es su responsabilidad notificarnos. Como una cortesía, nosotros entregamos sus reclamos (claims) dentales a su seguro. Cualquier estimado que se le da por parte de la práctica dental es estrictamente un “**estimado**” y es solicitado al tiempo del servicio. Las compañías de seguro no garantizan ningún pago hasta que reciban, revisen, y aprueben el reclamo (claim) dental según a los términos específicos de la póliza. Si hay algún balance sobrante después de que el pago del seguro sea recibido, una cuenta será generada y será enviada a usted para pago inmediato.

Métodos de Pago: Aceptamos Efectivo, Cheques Personales, Visa, MasterCard, Discover, American Express, y CareCredit. Todos los pagos devueltos por fondos insuficientes están sujetos a un pago de \$30.

Balances Sobrantes: Se debe pagar todos los balances sobrantes dentro de 30 días después de recibir su estado de cuenta. Si los balances no son pagados dentro de 90 días, se mandará la cuenta a una agencia de colección. Usted será responsable por cualquier costo que se incurra al coleccionar, incluyendo las tarifas de la agencia de colección, costos de corte, y tarifas de abogado. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su cuenta, por favor póngase en contacto con nuestra oficina.

Si mi cuenta es entregada a una agencia de colección, yo estoy de acuerdo con pagar una tarifa de colección de 25%, el interés en el monto de 18% acumulado anualmente, costos de corte, y tarifas de abogado, como es permitido por la ley.

Primer Nombre y Apellido del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián/Apoderado si el paciente tiene menos de 18 años: _____

Fecha de Hoy: _____

Para Uso de la Oficina:

Nombre del Testigo: _____

Firma del Testigo: _____