

## Información Confidencial

Fecha \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre \_\_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico (casa) \_\_\_\_\_

Número telefónico (trabajo) \_\_\_\_\_

Número telefónico (celular) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia nombre \_\_\_\_\_

En caso de emergencia # \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Marital \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Idiomas que habla \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó usted de la oficina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL

Seguro Dental Primario \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_

Número telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Empleado (Titular de la póliza) \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

S.S. # (Empleado) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Empleado) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

Seguro Dental Secundario \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_

Número telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Empleado (Titular de la póliza) \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

S.S. # (Empleado) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Empleado) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (Si el mismo de arriba, pase a la siguiente sección)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con Paciente \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfonos (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita \_\_\_\_\_

Dentista Previo \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

*Entiendo que los pagos son mi obligación, independientemente del seguro dental o cualquier tercera persona.*

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Aunque el personal dental principalmente trata el área en y alrededor de la boca, su boca es una parte del cuerpo. Problemas médicos que tenga, o medicamentos que tome, pueden tener una interrelación importante con el tratamiento dental que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas completamente y honestamente.*

## **POR FAVOR EXPLIQUE LAS RESPUESTAS “SÍ” EN LAS LÍNEAS PROVEÍDAS**

¿Está usted bajo cuidado médico ahora?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguna lesión seria del cuello o la cabeza?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas o drogas?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 Por favor escriba todos los medicamentos que toma usted \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted ha tomado Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez usted ha tomado o recibido Fosamax, Boniva, Actonel o otras medicinas que contienen Bifosfonatos?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Está usted en alguna dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Usted fuma o usa tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Usted usa algún tipo de narcótico?  Sí  No \_\_\_\_\_

## **SÓLO PARA LAS MUJERES:** Usted está...

¿Embarazada?  Sí  No ¿Tomando contraceptivos?  Sí  No  
 ¿Tratando de estar embarazada?  Sí  No ¿Amamantando?  Sí  No

## **¿USTED TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**

Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestesia dental local  Acrílicos  Metal  Látex  Sulfamidas  
 Otros (Sí, explique) \_\_\_\_\_

## **¿TIENE USTED O HA TENIDO LO SIGUIENTE?**

SIDA/seropositivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafilaxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvula artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Coyuntura artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad hematológica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de respiración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se moretea fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes labial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Drogadicción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar con dificultad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrar excesivamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayo/Mareo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes genital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infarto de corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Murmullo de corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Urticaria/sarpullido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Latido irregular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema con los riñones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de pulmón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de mandíbula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de paratiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiátrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Radioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes zoster <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema con los senos maxilares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del estómago/intestino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hinchazón de extremidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tumores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ictericia Amarilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---	--

¿Alguna otra condición médica?  Sí  No \_\_\_\_\_

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

Como yo sé, toda la información es correcta. Entiendo que al no proveer la información correcta estoy poniendo en riesgo mi propia salud (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi historia médica.

**Firma del Paciente/Padres/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**ESCALA FAMILY DENTISTRY**  
**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO**  
**EL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Usted puede negar firmar este reconocimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practice, but acknowledgement could not be obtained because:

\_\_\_\_\_ Individual refused to sign

\_\_\_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement

\_\_\_\_\_ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

\_\_\_\_\_ Other (please specify) \_\_\_\_\_

Poliza Financiera

¡Bienvenido! Gracias por seleccionarnos como sus proveedores de atención médica dental. Nuestro objetivo es brindarle a usted y su familia un cuidado dental óptimo. Queremos que se sienta bienvenido y lo más cómodo posible a lo largo de nuestra relación. Le recomendamos hacer preguntas y participar en las decisiones de tratamiento. Esto incluye comprender su plan de tratamiento, así como nuestra póliza financiera.

**Información de seguro y acuerdo financiero:**

Como cortesía para nuestros pacientes asegurados, presentamos reclamos a su compañía de seguros sin cargo. Le ayudaremos a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para hacer esto, necesitamos su tarjeta de seguro o póliza de seguro con usted en su primera visita de cada año calendario (su año de seguro puede no ejecutarse de Enero a Diciembre). Todas las estimaciones se obtienen de su compañía de seguros. No podemos garantizar lo que pagará el seguro. Cualquier parte que no sea pagada por su seguro será su responsabilidad. Todos nuestros médicos diagnosticarán el tratamiento según su salud dental y no su cobertura de seguro. ( )

Los pagos se pueden hacer con efectivo, cheque, tarjetas de cuenta Flex, Visa, Mastercard y / o Discover. También ofrecemos CARECREDIT y Lending Club Financiera, que son opciones de financiamiento que están disponibles solo para gastos de atención médica. Enviaremos estados de cuenta mensuales a todos los pacientes con un saldo pendiente que debe pagarse dentro de los 30 días. Después de 90 días, si no hay pago, enviaremos la cuenta a la agencia de colecciones para cobrar la deuda. ( )

**Citas:**

Para poder servirle mejor y reducir el costo de la atención dental, tratamos de mantener un sistema eficiente de citas. Sin embargo, nuestro costo de brindar atención aumenta mucho cuando las personas no cumplen con las citas programadas o cancelan en el último minuto. **Requerimos un aviso de 2 días hábiles para cualquier cita cancelada. Si cancela su cita dentro de los 2 días hábiles, se le cobrará un cargo que puede variar desde \$50 hasta el costo total de la cita. Si tiene un crédito en su cuenta, estas tarifas se pagarán con ese crédito.** Si no recibimos la confirmación verbal, cancelaremos su cita y agregaremos el cargo de cancelación. Después de 3 citas perdidas o citas canceladas, lo pondremos en una lista de llamadas corta, lo que significa que le llamaremos por teléfono cuando haya una cita disponible con poca anticipación. Esto le da la oportunidad de saber si su apretada agenda tiene una vacante para una cita dental dentro de las próximas horas. ( )

**Poliza de reembolso:**

Cuando ofrecemos un procedimiento con un descuento, estamos haciendo un tratamiento sin costo como cortesía para el paciente. Cuando el paciente solicita un reembolso, el plan con descuento se anulará. El plan en ese momento volverá al costo total. Por ejemplo, si hace una dentadura postiza con implantes y en la mitad del procedimiento decide suspender el tratamiento. Los procedimientos que se completen se cobrarán a precio completo y el fondo que se haya pagado se utilizará para pagar esos procedimientos. El resto del dinero restante se reembolsará al paciente. Todos los reembolsos requerirán una auditoría de la cuenta y la aprobación del Dr. Escala. ( )

---

Patient's Name (Printed)

Date

---

Patients signature

Date

Nos esforzamos por brindar a todos los pacientes el mismo cuidado. Ayudaremos a todos los pacientes con sus reclamos de seguro. En última instancia, los pacientes son responsables de conocer el seguro. Si tiene alguna inquietud sobre lo que están pagando, es responsabilidad del paciente comunicarse con ellos directamente.

## Renuncia financiera del seguro

Todos los pacientes que tienen seguro dental tienen permitido tanto durante el año. Cualquier porción que no esté cubierta por su compañía de seguros, es responsabilidad del paciente pagar el saldo restante.

## Renuncia financiera de Medicaid

Todos los pacientes adultos de Medicaid tienen permitido \$ 1000.00 para el año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio). Todos los niños hasta la edad de 21 años no tienen un máximo anual. Por alguna razón que Medicaid no pague por su tratamiento, es responsabilidad del paciente pagar el saldo restante.

Al firmar esto, declara que es consciente de que usted, como paciente y / o tutor, es responsable de la parte financiera que no cubre su seguro.

Gracias,