

Fecha

Email

# SOBRE USTED

Nombre de Paciente ( <i>primer, segundo, apellido</i> )		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (    ) / (    ) / (    )
Direccion Postal	Ciudad/Estado/Codigo Postal		Telefono de Casa (    ) (    ) (    )
Estado Matrimonial	<input type="radio"/> Soltero/a	<input type="radio"/> Casado/a	<input type="radio"/> Divorciado/a
	<input type="radio"/> Separado/a	Sex	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Empleo	Ocupación	Número de Licencia y Estado	Número de Trabajo
Direccion de Trabajo		Ciudad	Estado      Código Postal

## INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Compañía de Aseguranza Primaria	Grupo	Nombre de Suscriptor	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento	Relación a el Paciente		

## PERSONA RESPONSABLE *Please check if same as above*

Nombre de Persona Responsable ( <i>primer,segundo, apellido</i> )		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (    ) / (    ) / (    )
Direccion Postal	Ciudad / Estado/ Codigo Postal		Telefono de Casa (    ) (    ) (    )
Estado Matrimonial	<input type="radio"/> Soltero/a	<input type="radio"/> Casado/a	<input type="radio"/> Divorciado/a
	<input type="radio"/> Separado/a	Sex	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Responsible Person's Employer	Ocupación	Número de Licencia y Estado	Número de Trabajo
Direccion de Trabajo		Ciudad	Estado      Código Postal

## CÓMO ESCUCHÓ SOBRE NUESTRA OFICINA? (*marque sólo una*)

- Recomendado por amigos/familia
- Paginas Amarillas
- Correo
- Periódico
- Rótulo al frente de Negocio
- Rotulos
- Otros \_\_\_\_\_

Si fue recomendado a quien le podemos dar la gracia por haberlo/a recomendado? \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Telefono (    ) (    ) (    )
Nombre	Relación	Telefono (    ) (    ) (    )

## CONSENTIMIENTO

---

Yo voy a responder todas las preguntas de la mejor maera que entiendo. (Iniciales) \_\_\_\_\_

Después de la explicación del doctor, yo autorizo a servicios dentales para el paciente nombrado y cualquier procedimiento que el doctor piense ser necesario para los procedimientos dentales. Yo tambien autorizo y solicito la administración de cualquier anestésico y radiografías que sean necesarias y recomendadas por el doctor.

---

Firma

Fecha

Relación a el Paciente

## TERMINOS Y CONDICIONES

---

Esta oficina depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en sus casos. La responsabilidad financiera de cada paciente tiene que ser determinada antes de tratamiento. Como condición de esta oficina, yo entiendo que arreglos financieros deberán ser hechos anticipadamente. Todos los servicios dentales de emergencia , o cualquier servicio dental proveído a mi, serán cobrados directamente a mi y yo soy personalmente responsable por el pago. Si yo tengo seguro dental, yo entiendo que está oficina me ayudara a preparar mis formularios de seguro dental para asistir en las recaudaciones de la compañía de seguro dental y creditaran esas recaudaciones a mi cuenta. Pero, esta oficina no podrá proveer servicios en la suposición que los cargos serian pagados por una compañía de seguro dental.

**Asignación de Seguros:** Yo por la presente autorizo la liberación de cualquier información necesitada y también autorizo que mi compañía de seguro pueda pagar directamente a esta oficina por los servicios proveídos a mi bajo mi póliza. Yo entiendo que el precio estimado por este mantenimiento dental nada más puede ser extendido por el periodo de 90 días de la fecha de la examinación del paciente. También entiendo que para pagar mi deuda , mi historia de crédito podrá ser revisada por el uso de mi Numero de Seguro Social o cualquier otra información que he proveído. Estoy de acuerdo que en caso de que esta oficina o yo instituyera cualquier procedimiento legal, sobre cualquier monto que deba o servicios proveídos, la parte prevaleciente en dichos procedimientos tendrá derecho a recuperar todo el monto incurrido a mi incluyendo cuotas de abogado. Doy mi permiso a ustedes, o su intermediario, para llamarme por teléfono a mi casa o mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. Yo he leído las condiciones y estoy de acuerdo con su contenido.

---

Firma

Fecha

Puede haber un cargo por cualquier cita perdida o citas no canceladas 48 horas antes de la hora de la cita.

# SALUD DENTAL DEL PACIENTE

Porque ha venido a vernos hoy? (*dolor, chequeo, etc.*) \_\_\_\_\_

Dentista Anterior \_\_\_\_\_ Fecha de Última Visita \_\_\_\_\_ Fecha de Última Limpieza \_\_\_\_\_

Razón de cambiar dentista: \_\_\_\_\_

Cuales problemas ha tenido con tratamiento dental en el pasado? \_\_\_\_\_

Está nervioso/a sobre esta visita al dentista?  No  Si. Porfavor, déjenos saber porque: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes? \_\_\_\_\_ Usa hilo dental?  No  Si Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Si No

- Yo rechino mis dientes durante el día o cuando duermo.
- Mis encías sangran cuando me labo los dientes o a el usar hilo dental.
- Me gusta mi sonrisa.
- Yo prefiero rellenos dental de color de mis dientes.
- Yo trato de no lavarme una parte de mi boca porque me duele.

Si No

- Mis encías se sienten delicadas o inflamadas.
- Tengo problemas comiendo.
- He tenido ortodonticos.
- He tenido cirugía en mi cara o mandíbula.
- Quiero tener mis dientes rectos.
- Quiero tener mis dientes más blancos.

Cuales son sus prioridades dentales? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA DE PACIENTE

Yo considero mi salud (*elija uno*)  Excelente  Bueno  Regular  Mal

Usted tiene o ha tenido uno de los siguientes? (*marque si o no*)

Si No

- Cardiopatía
- Soplo Cardíac/Prolapso de la Válvula Mitral
- Derrame Cerebral
- Lesiones Cardíacas Congénitas
- Fiebre Reumática
- Presión Sanguínea Anormal
- Anemia
- Trastorno de Sangrado Prolongado
- Tuberculosis / Enfermedad de Pulmón
- Asma
- Fiebre de Heno
- Problemas de Sinusitis
- Epilepsia / Convulsiones

Si No

- Ulceras
- Enfermedad del Hígado
- Ictericia
- Hepatitis
- Diabetes Tipo \_\_\_\_\_
- Orina o Sed Excesiva
- Mononucleosis
- Herpes
- Arthritis
- Enfermedad de Transmisión Sexual/Venérea
- Enfermedad del Riñón
- Tumor o Malignidad
- Cáncer/Quimioterapia

Si No

- Tratamiento de Radiación
- Historial de Adicción de Drogas
- SIDA
- Trastorno Inmunológico Suprimido
- Pérdida de Audición
- Desmayos
- Glaucoma
- Historial de Problemas Nerviosos o Emocionales

Women

- Esta tomando medicamentos anticonceptivos?
- Esta o podía estar embarazada o amamantando?

Implantes o Articulación Artificial:  Hip  Knee  Other

Yo fumo o uso tabaco. Si si, cuantos por dia? \_\_\_\_\_ Por cuantos años? \_\_\_\_\_

Yo he consumido alcohol sobre las últimas 24 horas.

Ha tomado Fen-Phen o Redux?

Ha tenido cirugía? Año \_\_\_\_\_ Tipo de Operacion: \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_ Tipo de Operacion: \_\_\_\_\_

Tiene otros problemas médicos no encontrado en esta lista? \_\_\_\_\_

Es alérgico a uno de los siguientes?

Si No

- Aspirina
- Ibuprofen
- Medicamentos con Sulfato
- Penicilina
- Codeína
- Latex, Metales, Plasticos
- Anestesia Local (Novocaine)
- Otros Medicamentos - Cuales? \_\_\_\_\_

Por favor escriba todos los medicamentos que está:

Medicina \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Solo Notas de Doctor:

Initial medical/dental health reviewed by:

Firma de Doctor

Fecha

Firma de Paciente

Fecha

## NUESTRO COMPROMISO

En Chen Dental, estamos comprometidos a la excelencia. Creemos que usted se merece lo mejor cuando se trata de su salud. Usamos los mejores materiales y técnicas para proveer la calidad que esperan de nosotros. Creemos que nuestra relación con usted, igual que todas las relaciones, necesita comunicación clara y abierta. Trataremos de comunicar todas sus necesidades dentales y estimar su información financiera tan pronto como se hace evidente. Queremos que esté lo más informado posible para ayudarle en sus decisiones relativas a su salud. Nosotros entendemos lo valioso que es su tiempo, por eso hacemos todo lo posible para permanecer a tiempo. Nosotros nunca reservamos doble de nuestra capacidad de citas. Su tiempo reservado es suyo exclusivamente.

## SU COMPROMISO

Queremos que usted se sienta cómodo con nuestro equipo. Si tuviera una pregunta sobre su tratamiento dental, finanzas o seguro dental, o cualquier otra inquietud, le pedimos que nos notifique lo mas antes posible. Estaríamos felices en aclarar cualquier incertidumbre que pueda surgir. Su porción de pago de tratamiento debe ser hecho en el momento de su tratamiento. Para su conveniencia aceptamos muchas formas de pagos incluyendo dinero en efectivo, cheques, Visa, Mastercard, American Express, y también ofrecemos financiamiento mediante otra compañía, que incluye programas sin interés y prórroga de financiación cuando el crédito haya sido aprobado. Su cita es exclusivamente reservada para usted. Tenemos una póliza de cancelación de **24 horas** a fin de proveer atención personalizada. Nosotros entendemos que hay circunstancias que ocurren que requieren cambiar la fecha de una cita. Estaríamos felices de cambiar la fecha de su cita si hay un aviso de **24 horas**. Sí ese aviso no es recibido, su cuenta automáticamente sera cobrada **\$50** por cuota de cita perdida. Le pedimos que haga todo el esfuerzo por mantener la fecha de su cita.

---

Paciente/ Guardián

Fecha

---

Miembro de Equipo

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



*-Usted Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento-*

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

Nombre

---

Firma

Fecha