



Bienvenido! Para poder proveer el mejor servicio posible ,por favor complete esta forma que se le brinda a continuación.

# 1

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE :** Por favor complete la información del paciente a continuación :

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| Apellido:   | Nombre:  | Inicial del 2do nombre:        |
| Fecha de nacimiento :   | Sexo:<br>Masculino      Femenino                               | # De seguro social:            |
| # De licencia de conducir :   | Correo electrónico:  |                                |
| Dirección de su vivienda :  | #de apartamento:.  | Ciudad/ Estado / código postal |
| #De telefono del paciente, residencial/ cell :                          | # De telefono del contacto de emergencia :                     |                                |
| Relación con el contacto de emergencia:.                                | A quien le debemos agradecer por referirlo a nuestra oficina ? |                                |
| Quien es responsable por el balance en mi cuenta (después del seguro )? |  |                                |

# 2

**BENEFICIOS DEL SEGURO:** Por favor complete la información de su seguro a continuación :

|  |  |                                 |  |
|--|--|---------------------------------|--|
| <b>Compañía de Seguro Primaria</b>               |  | Propietario de la póliza:       | Fecha de nacimiento del propietario de la póliza : |
| # del seguro social del propietario de la póliza | # de identidad del propietario en la póliza  | # de grupo:                     | # de teléfono de la compañía de seguros:           |
| Dirección del propietario de la póliza:          |  | Ciudad/ Estado/ Código postal : | Empleador:   |
| <b>Compañía de seguro secundaria :</b>           |  | Propietario de la póliza:       | Fecha de nacimiento del propietario de la póliza : |
| # del seguro social del propietario de la póliza | # de identidad del propietario en la póliza: | # de grupo:                     | # de teléfono de la compañía de seguros            |
| Dirección del propietario de la póliza:          |  | Ciudad/ Estado/ Código postal : | Empleador:   |

**Para pacientes CON seguro: Aceptaremos la asignación de beneficios de las compañías de seguros con el entendimiento de que el paciente es responsable de su parte estimada al momento de los servicios, y se entiende además que la parte del paciente es solo una estimación esperada de su seguro y No podemos garantizar los beneficios o pagos de su seguro. Si su seguro no paga en sesenta (60) días, usted será responsable del saldo de su cuenta.**

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

# 3

## HISTORIA MEDICA: Por favor complete historia médica /dental a continuación :

|                                  |    |    |                                       |    |    |                                     |    |    |
|----------------------------------|----|----|---------------------------------------|----|----|-------------------------------------|----|----|
| Alergias o urticaria             | Si | No | Epilepsia o convulsiones              | Si | No | Nervioso/Ansioso                    | Si | No |
| A.F.I.B.                         | Si | No | Desmayos/mareos                       | Si | No | Desórdenes neurológicos             | Si | No |
| Artritis/Reumatismo              | Si | No | Glaucoma                              | Si | No | Osteoporosis                        | Si | No |
| Válvulas artificiales            | Si | No | Rinitis Alergica                      | Si | No | Cuidados psiquiátricos              | Si | No |
| Articulaciones artificiales      | Si | No | Corazón (Cirugía, Enfermedad, Ataque) | Si | No | Terapias de radiación               | Si | No |
| Asma                             | Si | No | Marcapasos                            | S  | No | Fiebre reumática                    | Si | No |
| S.I.D.A                          | Si | No | Soplo cardiaco                        | Si | No | Anemia falciforme                   | Si | No |
| Transfusiones De Sangre          | Si | No | Hemofilia                             | Si | No | Problemas con los senos paranasales | Si | No |
| Hematomas Fácilmente             | Si | No | Hepatitis A B C                       | Si | No | Infartos                            | Si | No |
| Quimioterapia                    | Si | No | Presion arterial alta                 | Si | No | Tobillos hinchados                  | Si | No |
| Dolores en el pecho              | Si | No | Colesterol Alto                       | Si | No | Problemas con la tiroide            | Si | No |
| Enfermedad congénita del corazón | Si | No | V.I.H. Positivo                       | Si | No | Tuberculosis                        | Si | No |
| Medicinas de cortisonas          | Si | No | Problemas en los riñones              | Si | No | Tumores                             | Si | No |
| Herpes simple                    | Si | No | Sensibilidad al látex                 | Si | No | Enfermedad venérea                  | Si | No |
| Diabetes                         | Si | No | Enfermedad del hígado                 | Si | No | Ulceras                             | Si | No |
| Enfisema pulmonar                | Si | No | Prolapso de la válvula mitral         | Si | No | Ictericia Amarilla                  | Si | No |

- Ha tenido o tiene alguna enfermedad o condición que no este listado aquí ? SI NO  
Si?, anotelo aqui \_\_\_\_\_
- Mujer:** Estas : **Embrazda?** SI, \_\_\_\_ Meses / NO **Amamantando?** SI NO  
**Usando contraceptivos ?** SI NO
- Ha estado bajo el cuidado médico durante los dos años pasados ? SI NO  
Si ?, razon \_\_\_\_\_  
Nombre del médico \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_
- Ha sido paciente en un hospital en algún momento en los últimos 5 años ? SI NO  
Si?, Por favor indique la razon, \_\_\_\_\_

Extra comments:

**INICIALES** \_\_\_\_\_

| POR FAVOR LISTE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO: |    |
|--|----|
| 1.   | 5. |
| 2.   | 6. |
| 3.   | 7. |
| 4.   | 8. |

1. Tiene conocimiento de alguna reacción alérgica o adversa a algún medicamento o sustancia? SI / NO  
 SI, Por favor mencionarlas aqui \_\_\_\_\_

2. ¿Está tomando alguna medicación para la Osteoporosis?

Fosamax      Boniva      Prolia      Otra: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tomado bifosfonatos, medicamentos para la osteoporosis/enfermedades óseas en el pasado?

Si    No

**Firma** \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

|                                       |                        |                               |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Fecha de su última visita al dentista | Última limpieza dental | Últimos rayos X boca completa |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------|

**Please choose yes OR no to indicate if you have any of the following.**

|                                      | Si | No |                                     | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|-------------------------------------|----|----|
| Mal Aliento                          |    |    | Sensibilidad dental caliente / frío |    |    |
| Sangramiento de las encías           |    |    | Sensitivity to sweets               |    |    |
| Síndrome de la boca ardiente         |    |    | Pain on Biting                      |    |    |
| Fuma                                 |    |    | Ronquidos                           |    |    |
| Sonido de clic o pop en su mandíbula |    |    | Respiracion bucal                   |    |    |
| Dolor Mandibular                     |    |    | Aprieta o rechina los dientes       |    |    |

*Entiendo que la información anterior es necesaria para brindar atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas lo mejor que he podido de acuerdo a mi conocimiento. Si se necesita más información, tiene mi permiso para preguntarle al proveedor o agencia de atención médica respectiva, quienes pueden revelarles dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en mi salud o mis medicamentos.*

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

**Nombre Completo :** \_\_\_\_\_

# 4

## PARA MENORES DE EDAD

Por la presente reconozco que soy \_\_\_\_\_ el tutor legal de \_\_\_\_\_ y que tengo la custodia legal como (padre/pariente/autoridad legal) del menor mencionado anteriormente. Entiendo que toda la información anterior es correcta y, en caso de que se produzca algún cambio, se actualizará Glowing Smile Dental Studio.

**En caso de que no tenga la potestad parental :Por favor proporcione documentación que indique el nombramiento de autoridad legal/tutela o representante personal.**

**Firma del padre o Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

En el caso de que haya otro adulto al que usted autorice para acompañar a su menor a sus citas dentales, firmar planes de tratamientos dentales y compartir información médica/dental con él, solicite un FORMULARIO DE POLÍTICA DE DERECHOS DE LOS PADRES para darle el permiso a Glowing Smile Dental Studio para hacerlo.

**Firma del Padre o Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

# 5

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. Por la presente ,autorizo al médico o al personal a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico completo de mis necesidades dentales.
2. Tras dicho diagnóstico, autorizo al médico tratante a realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente acordado por mí para emplear la asistencia necesaria para brindar la atención adecuada.
3. Acepto el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario.
4. Entiendo que el presupuesto del tratamiento que se me presenta es SÓLO un presupuesto. En ocasiones puede surgir la necesidad de modificar los procedimientos del tratamiento y su tarifa.
5. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Entiendo que el pago se realiza al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos.

**Firma del paciente o Tutor Legal :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

# 6

## LEY DE PRIVACIDAD DE HIPAA

### ACKNOWLEDGE OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

A mí (el “Paciente” o el “representante legal del Paciente”) se me ha presentado el Aviso de Política de Privacidad (la “Política”) de Glowing Smile Dental Studio (el “Proveedor”) y se me ha ofrecido una copia de dicha póliza para guardar en mis registros.

Por la presente reconozco que he leído la Póliza y comprendo sus términos y condiciones.

**Firma del Paciente o Tutor Legal :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# 7

## PÓLIZA FINANCIERA

Estamos comprometidos a brindar atención dental y el mejor servicio posible a todos nuestros pacientes. La buena comunicación sobre problemas dentales, procedimientos de tratamiento y tarifas es uno de nuestros objetivos más importantes. Para minimizar los gastos, solicitamos el pago de los servicios en el momento en que se prestan. El pago de los servicios podrá realizarse de cualquiera de las siguientes formas:

**Opción #1:** Efectivo o cheque en el momento de la prestación de los servicios.

**Opción #2:** Se acepta tarjeta de débito, Master Card, Visa, Discover.

**Opción #3:** Podemos ayudar a financiar su tratamiento dental a través de Care Credit u otros acreedores.

Lea nuestra política financiera para obtener más información sobre descuentos de cortesía y pacientes con seguro.

### POLIZA DE CITAS

La naturaleza de nuestra práctica es brindar atención de muy alta calidad que a veces requiere citas más largas para cada una de las visitas de nuestros pacientes. Es nuestra política que se debe avisar con 48 horas de antelación si se ve obligado a cancelar una cita. Después de **3 citas interrumpidas o canceladas en menos de 48 horas**, colocaremos su expediente en “estado inactivo” y se deben hacer arreglos especiales para activarlo. **Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de por lo menos \$50.00 por cita incumplida con el dentista /higienista sin previo aviso de 48 horas.**

He recibido y leído la política financiera completa que me proporcionaron. (En caso contrario, solicite la póliza financiera completa)

**Firma del Paciente o Tutor Legal :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_