

BIENVENIDO

1 uno

DATOS PERSONALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Número de archivo: _____

Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE

Apodo: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

de Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono Casa: (____) _____

Teléfono Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Teléfono Celular: (____) _____

Dirección electrónica: _____

¿Quién le recomendó esta oficina? _____

Empleador: _____ ¿Desde Cuándo? _____

Dirección del trabajo: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Cargo: _____

Estado Civil: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su cónyuge: _____

¿Tiene hijos? Sí No ¿Cuántos? _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono:(____) _____

IDN del asegurado(a): _____

del grupo (Plan, Local o Póliza): _____

Nombre del asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del asegurado(a): _____

Seguro Dental Secundario

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono:(____) _____

IDN del asegurado(a): _____

del grupo (Plan, Local o Póliza): _____

Nombre del asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del asegurado(a): _____

3 tres

INFORMACION DE LA CUENTA

Persona Responsable por la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

de Seguro Social: _____

Licencia de Conducir: _____

Teléfono del Trabajo:(____) _____

Forma de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Número de Tarjeta (En caso de ser aceptada) _____ / _____
Fecha de Vencimiento

Autorizo a que se asignen los derechos y beneficios (Iniciales) de mi seguro directamente al proveedor de los servicios prestados. Entiendo perfectamente que soy responsable por la cantidad no cubierta por mi seguro. (si este servicio es ofrecido en esta oficina)

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____

Parentesco: _____

Teléfono Casa:(____) _____

Teléfono Trabajo:(____) _____

Teléfono Celular:(____) _____

Nombre de su Doctor: _____

Teléfono de su Doctor:(____) _____

CONTINUA AL DORSO

¿Cuál es la razón de su visita? Examen Emergencia Consulta

¿Tiene dolor? No Sí ¿Desde cuando? _____

Por favor indique si presenta alguno de los siguientes problemas:

Molestia, chasquido o dislocación de la quijada. Calza partida o perdida. Dientes manchados.
 Encías enrojecidas, inflamadas o sangrantes. Crujido de los dientes. Mandíbula trabada.
 Sensibilidad dental o encías. Silvido en los oídos. Mal aliento.
 Ampollas o llagas dentro o alrededor de la boca. Diente partido o astillado.

Otros problemas: _____

¿Requiere medicación previa? Sí No No sé.

Odontólogo anterior: _____ Teléfono: (____) _____
NOMBRE

Ultimo examen Dental: ____ / ____ / ____ Ultima radiografía Odontológica: ____ / ____ / ____

¿Cuántas veces se cepilla los dientes? _____ ¿Cuántas veces utiliza hilo dental? _____
DIARIO SEMANAL

¿Qué tipo de cepillo dental usa? Suave Mediano Duro

¿Cómo calificaría su sonrisa 1 -10? (deficiente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (excelente)

¿Esta Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos? Para el Sistema Nervioso Calmantes para el Dolor (incluyendo aspirina)

Relajantes musculares Estimulantes Adelgazantes de la sangre Tranquilizantes Insulina Para Osteoporosis

Otros: _____

¿Alguna vez ha tomado: Sodio Alendronate (ej. Fosamax) Sí No Phen-fen/Redux Sí No

¿Presenta Ud. o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades, condiciones o procedimientos médicos?

S N Ataque Cardíaco / Derrame	S N Problemas de la Tiroides	S N Cáncer / Tumores	S N Cirugía Cosmética
S N Cirugía del Corazón / Marcapasos	S N Problemas de los Riñones	S N Herpes (Shingles)	S N Tratamiento de Rayos X o Cobalto
S N Soplo Cardíaco	S N Problemas del Hígado	S N Hepatitis	S N Quimioterapia
S N Fiebre Reumática	S N Problemas Respiratorios	S N VIH+ / SIDA / ARC	S N Asma
S N Prolapso de la Válvula Mitral	S N Problemas de Sinusitis	S N Artritis / Reumatismo	S N Dificultad Respiratoria
S N Válvulas Artificiales	S N Problemas Estomacales / Ulceras	S N Huesos / Coyunturas Artificiales	S N Diabetes / Hipoglicemia
S N Enfermedad Cardíaca	S N Problemas Psiquiátricos	S N Enfisema	S N Leucemia
S N Defecto Cardíaco Congénito	S N Enfermedad Venérea	S N Desmayos / Convulsiones / Epilepsia	S N Anemia
S N Dolores en el Pecho	S N Abuso de Alcohol / Drogas	S N Dolores de Cabeza frecuentes / Severos	S N Presión Arterial Alta / Baja
S N Fiebre Escarlata	S N Tuberculosis TB	S N Dolor Frecuente en el Cuello	S N Trastornos Hemorrágicos
S N Nerviosismo	S N Disfunción / Síndrome de la articulación Temporomandibular	S N Problemas de la Espalda	S N Glaucoma

Por favor mencione cualquier otra cirugía o condición médica que Ud. tenga o haya tenido: _____

¿Es Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos? Latex Penicilina/Amoxicilina Tetraciclina Aspirina

Anestésicos dentales Alimentos: _____ Otros: _____

¿Consumo Ud. tabaco? No Sí/¿Cómo lo consume? _____ ¿Cuanto? _____ ¿Desde Cuándo? _____

Por favor evalúe su salud general, en escala de 1-10: _____ ¿Utiliza Ud. lentes de contacto? Sí No

Para Mujeres: ¿Esta Ud. tomando Anticonceptivos? Sí No ¿Cuántos hijos ha tenido? _____

¿Esta Ud. embarazada? No Sí/¿Desde Cuándo? _____ ¿Esta Ud. amamantando? Sí No

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Nuestra oficina requiere que los servicios prestados sean pagados en su totalidad al término de la visita, a menos que se haya hecho otro acuerdo con la gerencia administrativa. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días a partir de la fecha de su servicio, y ningún arreglo financiero se ha establecido, Ud. será responsable por gastos legales, gastos por agencia de cobro, cargos de interés y demás gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con el fin de procesar el seguro. Además autorizo al proveedor a suplir cualquier información requerida.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior, y garantizo, a mi entender, que es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a ésta oficina sobre cualquier cambio en la información proporcionada.

Yo reconozco que recibí una copia de resumen de aviso de privacidad.

(Iniciales)

Firma _____

Paciente Adulto Pariente o Guardian Cónyuge

Fecha ____ / ____ / ____

UPDATE
(OFFICE USE)

Initials _____ / Date _____

Comments _____

Initials _____ / Date _____

Comments _____

Initials _____ / Date _____

Comments _____



HIPAA
Acknowledgement of Receipt of Notice of Private Practices

The undersigned acknowledges receipt of a copy of current effective Notice of Privacy for Gables Exceptional Dentistry. A copy of this signed and dated acknowledgment shall be effective as original.

Please print your full name. A signature will be requested when you arrive for your appointment.

[Empty box for full name]

If you are the legal representative of the patient, please print the patient's name and describe your authority or relationship to patient:

[Empty box for patient name and relationship]

Patient/ Parent/Guarantor Signature: _____ Date: _____

CONSENT TO TREATMENT/TRUTH IN LEADING DISCLOSURE

I, the undersigned, do consent to dental examination, diagnosis, and treatment for myself or child _____ by Mirtha Amador, DMD and her trained professional staff. I consent to the transfer of my previous dental records to my doctor from any previous provider(s). This consent includes the use of local anesthetic agents, the exposure of dental x-rays, and the insertion of restorative and prosthetic materials into the mouth and teeth. I understand that the usefulness and longevity of any dental treatment or restoration is extremely variable and individual.

I understand that my proposed treatment may change according to changing conditions in my mouth.

A fee of \$40 will be charged to my account for any missed or cancelled appointment(s) unless changes are made with more than 48 hours notice. I am aware of a \$30 return check fee and a 1.5% per month interest incurred on any balance over 30 days.

Financial arrangements must be made in advance of any treatment. I understand that I am financially responsible for treatment regardless of insurance benefits or denials.

I, THE UNDERSIGNED agree, whether I sign as patient, parent, spouse, guarantor or guardian, that in consideration of the services to be rendered to the patient, I hereby individually obligate myself to pay the account. Should the account be rendered to the attorney for collections, I authorize an attorney to obtain my credit report; and I, the undersigned, will be responsible for of all costs and expenses, including all attorney and collections agency costs.

I agree and consent to all the above and understand that I may receive a copy of this statement.

Please print:

Patient's Name: _____

Relationship to Patient: _____

Social Security No.: _____

Patient/Parent/Guarantor Signature: _____ Date: _____