

ESPAÑOL

Confirmar Citas:

Como cortesía, la oficina le llamará al paciente 48 horas antes de la cita programada. El paciente deberá regresar la llamada o dejar mensaje 24 horas antes de la cita para confirmar su asistencia. Si la cita no es confirmada, esta cita será cancelada y se ofrecerá a otro paciente.

Citas Perdidas:

El paciente que falte a su cita tendrá que pagar \$50 por cada cita que falte. El paciente que acumule 3 o más citas perdidas o canceladas, necesitará la aprobación del dentista para poder programar otra cita.

Información del Paciente:

El paciente es responsable de informar a la oficina si hay algún cambio en su dirección o número de teléfono.

Sala de Espera:

Todos deben de permanecer en la sala de espera hasta que el paciente sea llamado por nombre. En el caso que la presencia del padre o tutor legal sea necesaria, solo un padre o tutor legal será permitido en el cuarto del paciente.

Firma de Paciente/Tutor Legal

Fecha

SALAZAR DENTAL GROUP

Información Personal

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre
 M F Casado (a) Soltero (a) Niño (a) Otro: _____
Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
TEL. Cell : _____ Casa : _____ Ext: _____ Trabajo : _____
Dirección: _____
Calle Apt #
Ciudad Estado Código Postal

Historia Médica

Fecha de Última Visita Dental: _____ Motivo de su visita hoy: _____

¿Ha sufrido de alguna de las siguientes condiciones médicas? O ¿Alergia a algún medicamento?

<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas Nasales	<input type="checkbox"/> Erytromicina
<input type="checkbox"/> Alergias _____	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Tetraciclina
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sulfa
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> HIV / Sida	<input type="checkbox"/> Tumor	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Huesos Artificiales	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Desorden Cerebral	<input type="checkbox"/> Infarto	Medicamentos	
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Marca pasos	<input type="checkbox"/> Anestésicos Dentales	
<input type="checkbox"/> Enfermedades Venerías	<input type="checkbox"/> Murmullo del corazón	<input type="checkbox"/> Aspirina	
	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Codeína	

• ¿Ha tenido algún problema con un tratamiento dental? Si No

Explique: _____

• ¿A sido admitido a un hospital o llevado de emergencia en los últimos dos años? Si No

Explique: _____

• ¿Esta bajo el tratamiento de un medico? Si No

Explique: _____

• Nombre del Medico: _____ Tel: _____

• ¿Tiene algún problema medico que necesita atención? Si No

Explique: _____

En pleno uso de mis Facultades, todas las respuestas y información son ciertas y correctas. Si en el futuro tengo un cambio en mi estado de salud, Yo informare al doctor sin falta en mi próxima visita.

Firma _____ Fecha: _____

Referido

¿Quien le ha referido? Amigo Familiar Trabajo Oficina Dental
 La Prensa El Norte Radio Ambiente Viva 1380 Cartelera Otro: _____

Nombre de Persona u oficina que le refirio a nuestra clinica: _____

Cónyuge o Persona Responsable

Lo siguiente es de: Cónyuge Persona responsable

Nombre: _____
 M F Casado(a) Soltero(a) Niño(a) Otro: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

TEL. Casa: _____ TEL. Trabajo: _____ ext: _____ Otro: _____

Dirección: _____
Calle Apartamento #
Ciudad Estado Código Postal

Empleador

Lo siguiente es de: El paciente Persona responsable

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Seguro Dental

Primaria

Nombre del Asegurado: _____ ¿El paciente es el asegurado? Si No
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Póliza #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Parentesco con el paciente: Paciente Cónyuge Niño(a) Otro: _____

Nombre y dirección de su aseguransa: _____

Secundario

Nombre del Asegurado: _____ ¿El paciente es el asegurado? Si No
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Póliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Parentesco con el paciente: Paciente Cónyuge Niño(a) Otro: _____

Nombre y dirección de su aseguransa: _____

Consentimiento

Como condición de su tratamiento en esta oficina, arreglos financieros se deben de hacer por adelantado. La clínica depende del pago del paciente por el costo del tratamiento adquirido.

Sin ningún arreglo financiero, cualquier servicio de emergencia, o cualquier servicio dental debe ser pagado en efectivo el mismo día de su tratamiento.

Pacientes con seguro dental, el costo de los servicios dentales son directamente cobrados al paciente y el paciente es responsable por pago de todos los servicios adquiridos. Esta oficina ayudara a preparar los formularios de su seguro y assistira en colectar y acreditar pagos a su cuenta. Esta oficina no puede rendir servicios suponiendo que nuestros cargos serán cubiertos por su compañía de seguro.

Todas las cuentas con un balance por mas de 60 días serán expuestas a un cargo de 1^{1/2}% por mes (18% anual) con excepción de algún arreglo financiero por escrito hecho por adelantado.

Estimados dados por esta oficina serán validos en un lapso de seis meses, del día del examen del paciente.

En consideración por el servicio profesional que yo adquirí, o pedí al Doctor. Yo me comprometo a pagar el costo de dicho servicio al dicho Doctor, o a persona asignada, el día en que se le da servicio, o en (5) días si su crédito a sido allegado. Estoy consiente que recibiré vilas por el valor del servicio que recibí. En caso de una disputa o demanda legal yo cubriré todos los gastos y costos razonables de un abogado.

Yo le cedo permiso a usted o asignado, para poder contactarme por teléfono a mi casa o trabajo para discutir alguna razón relacionada con esta información.

Yo he leído las condiciones del tratamiento y estoy de acuerdo con el contenido.

Fecha: _____ Parentesco: _____
Firma

POR FAVOR ESCRIBAN LOS NOMBRES DE
MEDICAMENTOS QUE USAN

NOMBRE : _____ FECHA : _____

{NOMBRE DEL CONSULTORIO}

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Para uso del consultorio solamente

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otras (Especifique por favor)

© 2002 American Dental Association

Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal, no la estatal, que esté en vigor o propuesta el 27 de marzo de 2002. Cambios subsiguientes a la ley pueden requerir la revisión del Formulario.)

Historial y Preocupaciones Dentales

1. ¿Cuándo fue su última visita dental? ¿Fue una visita de emergencia o rutinaria? Fecha de última limpieza.

2. ¿Tiene alguna preocupación dental? Explique

3. ¿Tiene dolor o malestar en alguna área de su boca? ¿Dónde?

4. ¿Cuál es la mayor preocupación en cuanto a su boca?

5. ¿Esta satisfecho o contento con la apariencia de su sonrisa? ¿Hay algo que desearía cambiar?

6. ¿Esta usted interesado en el blanqueamiento dental? ¿Ha intentado blanquearse sus dientes anteriormente? ¿Que producto uso? ¿Obtuvo los resultados que deseaba?

7. ¿Esta usted interesado en enderezar sus dientes? ¿Ha usado frenos/brackets anteriormente? ¿Estaría usted dispuesto en usarlos para obtener el resultado deseado?

8. ¿Hay alguna cuestión que usted considere importante comunicarle al doctor? Explique.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____