

# Bienvenido!

¡Las ventajas de una sonrisa feliz y sana son inmensas! Nuestro objetivo es el de ayudarle a alcanzar su máxima salud oral. Por favor llene esta forma completamente.

## Información del Paciente:

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Apellido:   | Nombre:  | Inicial del Segundo nombre: |
| Nombre Preferido:   |  |                             |
| Género: M F   | Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado |                             |
| Fecha de Nacimiento:  | # de Seguro Social:                                    |                             |
| Dirección:  |  |                             |
| Ciudad, Estado Código Postal:                               |  |                             |
| Correo Electrónico:   |  |                             |
| Circule el número al que se le puede llamar durante el día: |  |                             |
| Teléfono de la casa:  | Teléfono del trabajo:                                  |                             |
| Teléfono Celular:   | Otra Teléfono:   |                             |
| Empresa:  |  |                             |
| En caso de emergencia llamar: Nombre:                       |  | al Teléfono Número:         |

**Si usted está casado por favor llene la información de su ESPOSO:**

**Si el paciente es un niño por favor llene la información PATERNAL:**

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Apellido:   | Nombre:  | Inicial del Segundo nombre: |
| Nombre Preferido:   |  |                             |
| Género: M F   | Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado |                             |
| Fecha de Nacimiento:  | # de Seguro Social:                                    |                             |
| Dirección:  |  |                             |
| Ciudad, Estado Código Postal:                               |  |                             |
| Correo Electrónico:   |  |                             |
| Circule el número al que se le puede llamar durante el día: |  |                             |
| Teléfono de la casa:  | Teléfono del trabajo:                                  |                             |
| Teléfono Celular:   | Otra Teléfono:   |                             |
| Empresa:  |  |                             |

**Quién lo recomendo a nuestro consultorio para agradecerle?**

|                   |        |          |           |        |        |
|-------------------|--------|----------|-----------|--------|--------|
| Páginas Amarillas | Empleo | Internet | Periódico | Vecino | Doctor |
| My Amigo:         |        |          |           |        |        |

Si usted tiene su tarjeta de seguro nosotros le tomaremos una copia, de otra manera necesitaremos esta información para archivar su seguro:

### Seguro Primario Dental

### Seguro Secundario Dental

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre de la persona Asegurada      | Nombre de la persona Asegurada      |
| Fecha de nacimiento SS#             | Fecha de nacimiento SS#             |
| Nombre de la Compañía Aseguradora   | Nombre de la Compañía Aseguradora   |
| Compañía de Seguro                  | Compañía de Seguro                  |
| Dirección de la Compañía de Seguros | Dirección de la Compañía de Seguros |
| Teléfono #                          | Teléfono #                          |
| Grupo # Local #                     | Grupo # Local #                     |

# Historia Clínica e Información Médica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido usted cualquiera de las siguientes? Por favor marque aquellos que le aplican:**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA /VIH                         | <input type="checkbox"/> Desmayo convulsiones    | <input type="checkbox"/> Desórdenes Nerviosos      | <input type="checkbox"/> Úlceras                |
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Marcapaos (Liebre)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venereas    |
| <input type="checkbox"/> Artritis                          | <input type="checkbox"/> Crecimientos            | <input type="checkbox"/> Embarazo                  | Otros Problemas Médicos                         |
| <input type="checkbox"/> Uniones Artificiales              | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno          | Fecha de: _____                                    | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza    | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata     | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Desorden déficit Atención         | <input type="checkbox"/> Infarto                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento por radiación | <input type="checkbox"/> Alergia - Aspirina     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda, o de Cuello | <input type="checkbox"/> Problema cardiaco       | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios   | <input type="checkbox"/> Alergia - Codeine      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre              | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco          | <input type="checkbox"/> Fiebres Reumaticas        | <input type="checkbox"/> Alergia – Erythromycin |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C         | <input type="checkbox"/> Reumatismo                | <input type="checkbox"/> Alergia – Keflex       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta   | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis    | <input type="checkbox"/> Alergia - Látex        |
| <input type="checkbox"/> Depresión                         | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto         | <input type="checkbox"/> Problemas de Estómago     | <input type="checkbox"/> Alergia – Penicilina   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Ictericia               | <input type="checkbox"/> Apoplejía                 | <input type="checkbox"/> Alergia – Sulfa        |
| <input type="checkbox"/> Vértigo                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón     | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancia        | <input type="checkbox"/> Alergia – Tylenol      |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado    | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides     | Otras Alergias                                  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                         | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento Excesivo             | <input type="checkbox"/> Mitral Válvula Prolapse | <input type="checkbox"/> Tumor                     | <input type="checkbox"/> _____                  |

• Por favor escriba cualquier formula médica, o no médica que esté tomando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ¿Alguna vez ha tenido usted complicaciones después de un tratamiento dental? Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ¿Usted ha sido alguna vez admitido al hospital, o ha necesitado de cuidados de emergencia en los cinco ultimos anos? Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ¿Està usted ahora bajo cuidado médico? Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

• ¿Tiene usted algún problema de salud que además necesita aclarar? Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En base a mi conocimiento, todas las respuestas precedentes y la información proveida son verdaderas y correctas. Si alguna vez tuviera cualquier cambio en mi salud, informaré al doctor en la siguiente cita sin falta alguna.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Política Financiera Y Consentimiento Por los Servicios

## Política Financiera para los Pacientes de Emergencia

Todos los servicios dentales de emergencia proveídos por el no seguimiento de cuidados a los pacientes, independientemente de cualquier cobertura de seguros, deben ser pagados con dinero en efectivo o tarjeta de crédito / tarjeta débito al mismo tiempo en que los servicios son realizados. Los reclamos de seguros serán archivados para usted, y el pago de seguros llegará en nombre del asegurado.

## Política Financiera para Seguir el Cuidado de los Pacientes

Para nuestros pacientes de cuidado continuo, le pediremos que usted pague el deducible y el co-pago, que es la cantidad estimada no cubierta por su compañía de seguros en el tiempo en que le proporcionemos el servicio. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, y Discover. Fuera de la financiación de Tarjeta de Crédito que está sujeta a la petición y a la aprobación.

## Política Financiera para Seguro

Como una cortesía para usted, le ayudaremos a tratar sus reclamaciones de seguros. Por favor entienda que le proporcionaremos una estimación de seguros, sin embargo no es ningún una garantía que su seguro pagará exactamente el estimado. Su compañía de seguros y su plan de beneficios en última instancia determinan la cantidad a pagar. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su patron, y su compañía de seguros. Todos los gastos en los que usted incurre son su responsabilidad independientemente de su cobertura de seguros. Muchas pólizas de seguros son escritas con cláusulas para ayudarle a conseguir que ellos paguen por su tratamiento. Si usted tiene preguntas concernientes acerca de que cubre su seguros dental, beneficios restantes, o períodos en espera; por favor póngase en contacto con la compañía de seguros para mas detalles. Si ocurre un problema con la compañía de seguros, nosotros le proporcionaremos a la compañía de seguros toda la información disponible que tenemos en el archivo para resolver cualquier reclamación no pagada. Los pagos de seguros generalmente son recibidos dentro de 30-60 días a partir del tiempo en que se llene la application. Si su compañía de seguros no ha hecho pagos dentro de 60 días, nosotros le diremos que usted se ponga en contacto con su compañía de seguros para asegurar que se realizara el pago. Si el pago no es recibido o su reclamación es negada, usted será responsable de pagar el total en ese momento. Los padres con hijos estudiante debe enviar el horario de tiempo completo a la compañía de seguro, o ellos no pagarán por el tratamiento de su hijo.

## Política General

Lo cheques devueltos serán sujetos a cobros adicionales. En el caso que sea necesario para nuestra oficina de recaudar su servicio de colección y/o la ayuda legal, usted será responsable de cualquier colección y/o gastos legales. Una comisión por operación de 1½% por mes (el 18% por año) sobre el saldo no pagado nosotros le cargaremos en todas sus cuentas con un balance de más de 90 días.

Nosotros respetamos su tiempo y no sobrecargamos nuestro horario, y le pedimos respetar nuestro tiempo también. Usted debe llamarnos con 24 horas de anticipación si usted no puede cumplir con la cita. Le cobraremos honorarios por no cumplir con su cita. Los honorarios corrientes son \$25 dólares por cita.

El padre divorciado o separado que trae al niño es responsable de la cuenta. Por favor tome medidas (haga preparativos) para el pago de un ex-esposo antes de que tratamiento dental sea dado. No facturamos ex-esposo para el tratamiento de niños.

Cuentas morosas serán enviadas a colección, y requiere que el paciente, y su familia inmediata serán despedidos de la práctica.

## **CONSENTIMIENTO:**

He leído, entendido, y estoy de acuerdo con todas las políticas que están en esta página. Autorizo al Doctor, o a su representante para tomar rayos X, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otro artículo de diagnóstico considerado apropiado por el Doctor; para hacer un diagnóstico cuidadoso de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Doctor para realizar algunas y todas las formas de tratamiento, medicamentos, y terapia que puede ser indicada. También entiendo que el empleo de agentes anestésicos contrae un cierto riesgo. Entiendo que cualquier estimación de honorarios dada para el cuidado dental son nuestro mejor estimado y que el procedimiento y nuestros honorarios pueden cambiar basados en el tratamiento y yo sere responsable por el costo del tratamiento realizado. Por medio de la presente autorizo la entrega de los registros necesarios para archivar mi seguro y el pago del seguro directamente a David Malin DDS. También estoy de acuerdo con la entrega de registros necesarios a especialistas, otros doctores interesados, compañía de seguros, abogados a futuros dentistas envueltos en esta caso. Le concede mi permiso a usted o a sus colegas, para llamarme por telefono a mi casa o a mi trabajo para hablar de asuntos relacionados con esta forma. He repasado y he entendido la política HIPAA de esta oficina. Una fotocopia de este Consentimiento será considerada tan eficaz y válida como la original. Autorizo al Doctor para iniciar una reclamación al comisionado de seguros para cualquier razón en mi nombre. Autorizo al Doctor para depositar cheques recibidos sobre mi cuenta cuando sean hechos a mi nombre.

Firma del Paciente o Padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_