BIENVENIDO

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio.Por favor tome unos minutos para llenar éste formulario lo mejor que pueda.Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ No. Seguro Social _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel de Casa _____

Cel _____ Email _____

Sexo ❑ M ❑ F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ ❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Viudo/a ❑ Separado/a ❑ Divorciado/a

Pacienta trabaja para _____ Ocupación _____

Domicilio del Trabajo _____ Tel del Trabajo _____

Email del Trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____

Notifique en caso de emergencia _____ Tel de Casa _____

Cel _____ Tel de Trabajo _____

Email del Trabajo _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No.Seguro Social _____

Domicilio *(si es diferente a la del paciente)* _____ Tel de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Cel _____ Email _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupación _____

Domicilio del trabajo _____ Tel del trabajo _____

Email del trabajo _____

Compania de seguro _____ Tel _____

Email _____

No. de Contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____

Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? ❑ Si ❑ No

Persona Inscrita _____ Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento ___

Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ No. de Seguro Social _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel de casa _____

Cel _____ Email _____

Persona inscrita trabaja para _____ Tel del trabajo _____

Email del trabajo _____

Compania de seguro _____ Tel _____

Email _____

No. de contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____

Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Favor de llenar ambos lados

HISTORIAL DENTAL

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____

¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- ❑ Sí ❑ No Mal aliento
- ❑ Sí ❑ No Sangrado de las encías
- ❑ Sí ❑ No La mandibula se salta o hace ruido
- ❑ Sí ❑ No Comida entre los dientes
- ❑ Sí ❑ No Rechinado de dientes
- ❑ Sí ❑ No Dientes sueltos o rellenos rotos
- ❑ Sí ❑ No Tratamiento periodontal
- ❑ Sí ❑ No Sensibilidad a lo frío
- ❑ Sí ❑ No Sensibilidad al calor
- ❑ Sí ❑ No Sensibilidad a lo dulce
- ❑ Sí ❑ No Sensibilidad al morder
- ❑ Sí ❑ No Úlcera o brotes en la boca

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? ❑ Sí ❑ No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? q Sí q No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? ❑ Sí ❑ No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? ❑ Sí ❑ No Si sí, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? ❑ Sí ❑ No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. ❑ Sí ❑ No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? ❑ Sí ❑ No ¿Está usted amamantando? ❑ Sí ❑ No

¿Está usted tomando pildoras anticonceptivas? ❑ Sí ❑ No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- ❑ Sí ❑ No SIDA, VIH positivo
- ❑ Sí ❑ No Anafiaxis
- ❑ Sí ❑ No Anemia
- ❑ Sí ❑ No Artritis, reumatismo
- ❑ Sí ❑ No Válvulas artificiales del corazón
- ❑ Sí ❑ No Articulaciones artificiales
- ❑ Sí ❑ No Asma
- ❑ Sí ❑ No Atópico (Propenso a las alergias)
- ❑ Sí ❑ No Problemas de la espalda
- ❑ Sí ❑ No Enfermedades de la sangre
- ❑ Sí ❑ No Cáncer
- ❑ Sí ❑ No Dependencia química
- ❑ Sí ❑ No Quimoterapia
- ❑ Sí ❑ No Problemas de circulación
- ❑ Sí ❑ No Tratamientos de cortisona
- ❑ Sí ❑ No Tos persistence
- ❑ Sí ❑ No Tos con sangre
- ❑ Sí ❑ No Diabetes
- ❑ Sí ❑ No Epilepcia
- ❑ Sí ❑ No Desmayos
- ❑ Sí ❑ No Alergia a un tipo de comida
- ❑ Sí ❑ No Glaucoma
- ❑ Sí ❑ No Dolor de cabeza
- ❑ Sí ❑ No Iregularidad cardiaca
- ❑ Sí ❑ No Problemas del corazón

Describa _____

- ❑ Sí ❑ No Hemofilia/Hemorragia anormal
- ❑ Sí ❑ No Herpes
- ❑ Sí ❑ No Hepatitis
- ❑ Sí ❑ No Alta presión
- ❑ Sí ❑ No Dolor en la mandíbula
- ❑ Sí ❑ No Enfermedad o padecimiento del riñon
- ❑ Sí ❑ No Enfermedad del hígado
- ❑ Sí ❑ No Alergias a materiales (**latex**, lana, metal, químicos)
- ❑ Sí ❑ No Prolapso de la válvula mitral
- ❑ Sí ❑ No Problema de los nervios
- ❑ Sí ❑ No Operación del corazón/marcapasos
- ❑ Sí ❑ No Cuidado psiquiatrico
- ❑ Sí ❑ No Rápida perdida y ganancia de peso
- ❑ Sí ❑ No Tratamiento de radiación
- ❑ Sí ❑ No Enfermedades respiratorias
- ❑ Sí ❑ No Fiebre reumática
- ❑ Sí ❑ No Culebrilla o herpes zoster
- ❑ Sí ❑ No Falta de aliento
- ❑ Sí ❑ No Salpullido en la piel
- ❑ Sí ❑ No Espina bifida
- ❑ Sí ❑ No Embolía
- ❑ Sí ❑ No Implates quirúgicos
- ❑ Sí ❑ No Inflammación de los pies y tobillos
- ❑ Sí ❑ No Enfermedad o padecimiento de la tiroides
- ❑ Sí ❑ No Hábitos al tabaco
- ❑ Sí ❑ No Amigdalitis
- ❑ Sí ❑ No Tuberculosis
- ❑ Sí ❑ No Úlcera/colitis
- ❑ Sí ❑ No Enfermedades venerias

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento?
Si sí, enlistelos todos:

_____

_____

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento?
Si sí, enlistelos todos:

_____

_____

AUTORIZACION

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañia de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprovado arreglos con anterioridad.

©SmartPractice® All rights reserved.

Culpeper Dental Group

Consentimiento para usar o revelar información Dental y Médico

Nombre del Paciente: _____

(Parte responsable/ pariente o guardian legal si el paciente es menor de 18 años de edad): _____

Yo autorizo a: **Culpeper Dental Group** usar y revelar información dental, médico y de salud para los siguientes propositos:

- Tratamientos: Que incluyen tratamientos hechos por el dentista y/o la higienista, también cordinar o manejar cuidados hechos por terceros así como consultas de dentistas, medicos y otros proveedores de salud.

- Pagos: Que incluyen actividades que determinan si eres elegible para cubertura en los planes dentales, facturación y reembolsos de beneficios dentales. Tambien incluye el manejo del uso de programas de servicio clinico dental con personas necesidad para que los cargos sean apropiados, asi como tambien servicios de pre-certificacion y pre-autorizacion.

- Operaciónes de cuidado de salud: Incluyen negocios y asuntos administrativos asociados con esta oficina.

Yo autorizo a: **Culpeper Dental Group** hacer procedimientos necesarios considerados al paciente nombrado arriba. Doy autorización que mi información y pagos sean emitidos directamente a **Culpeper Dental Group**. Yo entiendo que soy financieramente responsable por mi cuenta.

____ Yo he recibido la copia de aviso de la practica de privacidad

____ Yo rechazo la copia de aviso de la practica de privacidad

Firma: _____ Fecha: _____

Culpeper Dental Group

NORMAS FINANCIERAS

Bienvenido a Culpeper Dental Group, donde nuestra meta es proveerle a Ud. y a su familia atencion de alta calidad y precios razonables. Eres nuestra prioridad que Ud. tenga una sonrisa linda y saludable. Nuestras normas financieras estan escritas aqui abajo, porfavor lea cuidadosamente.

General

- Aceptamos gran variedad de aseguranzas. Porfavor contacte a su empleador o compañía de seguro para que le de asistencia en alguna pregunta especifica que usted tenga.
- Tu eres responsable por tu cuenta financiera, tenga aseguransa o no usted es responsable de pagar lo que se debe.

Pacientes con aseguranza

- Antes que le hagamos un procedimiento dental (ej. coronas, puentes, endodoncias, denturas postizas), nuestra oficina verificara con su aseguranza la informacion de sus benefios y asi poder proveerle un estimado.
- Su copago deberá ser recibida el dia de su tratamiento. Si su aseguranza no paga dentro de los 60 días, usted será responsable del pago de su balance.
- Aveces la cuenta actual puediera ser mas bajo o mas alto que lo estimado, en ese caso se le dará un reembolso, de lo contrario se le mandará un cargo adicional.

Paciente sin aseguranza

- Aceptamos todo tipo de tarjeta credito/debito y se acepta dinero en efectivo.
- Si usted paga con cheque o dinero en efectico por adelantado de todos tus trataminetos, recibirá el 5% de descuento del total de su plan de tratamiento.

Citas perdidas

- Por favor haga todo su esfuerzo de asistir a su cita. Llamenos si quiere hacer algún cambio. La oficina le cobrará $50.00 (dolares) de recargo si falta a una cita que no fué cancelada dentro de las 24 horas.

Pacientes tarde o los que no pagaron

- Nuestra oficina trabaja junto con la agencia de colección para colectar una deuda no pagada. Cuentas no pagados estaran sujetas a un cobro de $25 (dolares) de regargo.

Por favor firme abajo indicando que usted entiende nuestras normas financieras y está de acuerdo con nuestros términos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____