

# Información del Paciente Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Domicilio:** \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social #:** \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_

A quien le damos gracias por recomendararnos? \_\_\_\_\_

## Información del Responsable de la cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio de correspondencia: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo en este domicilio? \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
(3 años o menos) Domicilio anterior \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años de empleo \_\_\_\_\_

Nombre de conyugue \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años de empleo \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

## Información de Seguro Dental

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Plan. \_\_\_\_\_ Numero Local. \_\_\_\_\_

Domicilio de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Otro Seguro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es si anote lo siguiente:

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Plan. \_\_\_\_\_ Numero Local. \_\_\_\_\_

Domicilio de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Información en caso de Emergencia

Pariente cercano que no viva con Usted: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Comprendo donde sea necesario reporte de crédito será pedido.

Firma (si es menor Firma de el Padre) \_\_\_\_\_

Información reciente (fecha & iniciales) \_\_\_\_\_

**Gracias por escoger para su tratamiento dental. Lo siguiente es información sobre las Polizas de la Oficina. Informenos si tiene cualquier pregunta**

### Consentimiento para Servicios dentales

Como condición para tratamiento en esta oficina, arreglos financieros necesitan ser hechos con anticipación. Nosotros dependemos en su reembolso (costo) del tratamiento rendido a usted (el) Paciente. La responsabilidad de finanzas de cada paciente/guardián debe ser determinada antes de comensar tratamiento. Tenemos tres opciones:

- **Pago dado al recibir el servicio**
- **Aceptamos dinero, Cheques, Visa/Mastercard o Discover. Entiendo que se añadirá \$35 por cheques que el banco regrese.**
- **Ofrecemos dos planes para pagos si el credito es aprobado** (Para mas información pregunte a una de las asistentes...)

**Acerca las Aseguransas:** Con la información que el paciente provee, haremos lo mejor para cacular una estimación de los beneficios de su aseguransa.

**Yo comprendo que solamente es una estimación y soy responsable por la cuenta aunque la aseguransa determine la cantidad de beneficios sea aceptable debido al contrato de su aseguransa o rechase pagar el tratamiento rendido. Yo acepto pagar la porción estimada y mi deducible al momento del tratamiento.** Despues que el Dr. Leung reciba el pago de mi compania de aseguransa, la cuenta será reconciliada o sea que reciba un cobro o un reembolso.

Si mi aseguransa es Delta Dental, Yo comprendo que como cortecia, los cobros serán enviados el mismo día de servicio a Delta. El Dr. Leung no es participante de Delta, Delta o Blue Shield enviará todos los pagos a la persona asegurada, por lo tanto acepto hacer arreglos financieros.

**Pacientes menor de 18 años:** Es necesario que un adulta acompañe al paciente para recibir el tratamiento. Ademas comprendo y acepto la responsabilidad de pagar la cuenta el día de los servicios rendidos.

**Fotos del Paciente:** Yo  acepto  No acepto permitir a Dr. Leung y su equipo en utilizar mis fotos dental [video] para el proposito de educacion.

**Cobros Financieros:** Estoy conciente de que el 1.5% (18% por año o el minimo de \$2.00), será añadido a la cuenta despues 60 días. No cumpliendo con la cita: Se que la cita esta reserva solo para mi, **RECIBIRE UNA TARJETA CON LA CITA INDICADA YO SERE RESPONSABLE DE GUARDARLA COMO RECORDATORIO DE LA CITA.** Si necesito cambiar la cita, estoy de acuerdo de avisar 48 horas antes de la cit (2 días de negocio). El no avisar o perder la cita,

yo comprendo que se cobrará \$50.00 como multa. **TAMBIEN SE QUE NO RECIBRE UNA LLAMADA COMO FORMA DE RECORDATORIO.** Estoy informado/a que las estimaciones para el tratamiento dental se garantizan por 6 meses empezando al comenzar el tratamiento. Yo acepto el servicio profesional departe el Doctor.

Debido a eso, acepto tambien pagar los servicios rendidos al doctor o cualquier persona/agencia que lo represente en el periodo asignado como un acuerdo. A lo largo acepto todo cobro a mi cuenta. Sin embargo comprendo que tengo el derecho de rechazar cualquier cobro siempre y cuando sea por escrito explicando con detalles los motivos siempre y cuando son puntos validos despues pero no mas de cinco dias del primer cobro o si sea el credito aprobado por la oficina. Estoy de acuerdo con dicho contrato de la deuda. Ademas entiendo y acepto que ninguna ley podrá romper dicho contrato bajo ninguna circunstancia. Acepto la responsabilidad y los gastos incurridos por abogados si se instituye dicha demanda. He leído los terminos y condiciones explicadas arriba para el tratamiento y las opciones para los pagos. Por lo tanto estoy de acuerdo con su contenido. Autorizo a usted o su asignado equipo llamar a mi hogar o trabajo para discutir factores contenidos en este documento. Por lo tanto estoy de acuerdo que 41% se añadirá por cuentas 60 días delinciente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

**Historial Medico:** \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_ Última visita de doctor \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Circulo Si o No (Si, anote detalles)

Si No Esta tomando medicamento? \_\_\_\_\_

Si No Alergia a medicamentos? \_\_\_\_\_

Si No Historial de grave salud? \_\_\_\_\_

Si No Ha tenido cirugías graves? \_\_\_\_\_

Si No Ha estado envuelto en accidente de auto? \_\_\_\_\_

Circulo si tiene historial con los siguientes:

Hemorragias/Anormal sangrar	Diabetes	Hepatitis/Problemas hígado	Neumonía
Anemia	Mareos	Herpes	Prolongad sangrar
Artritis	Epilepsia	Alta presión	Radiación/ Kimoterapia
Asma o Afiebre	Gastritis	HIV / Sida	Fiebre Reumática
Falto de calcio en los huesos	Problemas de corazón	Problemas riñones	Tuberculosis
Congénitas Defecto del corazón	Soplos de corazón	Nerviosismo	Tumores o Cáncer
Otros información no mencionada que desea mencionar? _____			

**Historial Dental**

Dentista: \_\_\_\_\_ Última visita dental \_\_\_\_\_

Que son sus preocupación enguanto sus dientes? \_\_\_\_\_

Si No Tiene dolo dental? \_\_\_\_\_

Si No Ha experimentado reacciones desfavorable con relación a cuidado dental? \_\_\_\_\_

Si No Destellado alguna pieza dental? \_\_\_\_\_

Si No Trauma facial, boca o dientes? \_\_\_\_\_

Si No Alguna parte de su boca sensitivo a presión o temperatura? \_\_\_\_\_

Si No Sangran sus encías cuando usa el cepillo dental? \_\_\_\_\_

Si No Alguna habito con chupar el dedo o lengua? \_\_\_\_\_

Si No Respira por la boca en vez de la nariz? \_\_\_\_\_

Si No Ha visita otro Odontólogo? Si: Quien y cuando? \_\_\_\_\_

Si No Utilizaría equipo odontólogo si fuera necesario: \_\_\_\_\_

Si No Su familia han recibido tratamiento odontólogo? \_\_\_\_\_

Que pensó de los resultado después del tratamiento? \_\_\_\_\_

Que es su actitud en cuanto tratamiento odontólogo? \_\_\_\_\_

Si No Ha experimentado dolor con dientes/quijada por las mañanas? \_\_\_\_\_

Si No Ha notado que las mandíbula suena? \_\_\_\_\_

Si No Presiona su dentadura? \_\_\_\_\_

Si No Le han informado que presiona sus dentadura? \_\_\_\_\_

Si No Tiene dolores de cabeza por tensión? \_\_\_\_\_

Si No Ha notado sonido rígido en los oídos? \_\_\_\_\_

Si No Menos de 18 anos estatura de ? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Si No Algunas de las citas serán durante la escuela/trabajo esta acuerdo? \_\_\_\_\_

Anote algunos Hobvies: \_\_\_\_\_

Si No Embarazo? \_\_\_\_\_

Si No A que edad empezó su menstruación? \_\_\_\_\_

**Beneficios**

Beneficios de tratamiento Odontología: estético, salud dental y funcionamiento. Especialistas de Odontología es un servicio que provee mejorar la apariencia de sus dientes, en general el funcionamiento de los dientes, y su salud dental. Dientes, encías, y mandíbula superior e inferior son miembros complicados de nuestro cuerpo, y en ocasiones no respondan al tratamiento. El aseo dental es necesario usando el hilo dental y cepillo diariamente, habrá consecuencias secundarias como caries, encías hinchadas y sangrientas si opta no utilizarlo. Otro efecto con tratamiento Odontología puede causar que las raíces se encojan y problemas con las coyunturas de la boca, esto casos son muy raros. La dentadura continuamente se mueve y puede ser que aun después del tratamiento Odontología y cambios continúen. He leído y comprendo la información en este párrafo.

**AUTHORIZATION**

Yo he repaso la información en este cuestionario y la información es correcta a mi conocimiento. Yo entiendo que la información de este documento el Odontólogo la utilizara para determinar el tratamiento apropiado. Si hay cambios en mi salud física o dental informare al Odontólogo.

Yo autorizo los aseguro/s en esta forma que los beneficios dental sean enviados directamente al Odontólogo. Yo autorizo que utilice mi firma para enviar cobros al aseguro de este documento. Autorizo Odontólogo que envíe información necesaria para que el aseguro pague los beneficios. Comprendo que Yo soy responsable por la cuenta si el aseguro pague o no.

Yo comprendo que mi diagnóstico para los archivos y mi nombre se utilizaran para educación o promoción del esto servicios relacionados con Odontología. Yo autorizo Dr. Nancy Leung que me examine completamente para una evaluación Odontología.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_