

BIENVENIDO

ACERCA DE TI

FECHA DE HOY: _____

Nombre: _____ SS# _____

Yo prefiero ser llamado: _____ ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Información de Contacto

Casa # _____ Trabajo # _____

Cell # _____ Otro # _____

Correo Electronico: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Dirección de Envío: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

de Licencia _____

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Cónyuge: _____ # de telephone _____

OTRA INFORMACION

Contacto de Emergencia: _____

Relacion _____ # de Telephone _____

Otros miembros de la familia visto por nosotros? _____

Quien podemos agradecer por referirlo? _____

Dentista Anterior: _____ Ultima visita _____

EMPLEO

Empleador: _____

Dirección: _____ #de Telephone _____

Occupacion: _____ Cuánto tiempo: _____

RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA

Nombre de la persona responsable: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

SS# _____

Empleador: _____

Relacion: _____ #de Telephone _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

SEGURO DENTAL

SI SEGURO DENTAL ESTARA INVOLUCRADO,
POR FAVOR COMPLETAR LA INFORMACION DE ABAJO

SEGURO DENTAL PRIMARIA

(Use su Tarjeta de Identificación)

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____

SS# _____

Empleado del asegurado: _____

Nombre de la compania de la aseguranza: _____

de telephone de la aseguranza: _____

de grupo: _____

de identificación del miembro: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIA

(Use su Tarjeta de Identificación)

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____

SS# _____

Empleado del asegurado: _____

Nombre de la compania de la aseguranza: _____

de telephone de la aseguranza: _____

de grupo: _____

de identificación del miembro: _____

DESCARGO DE INFORMACION

Autorizo el intercambio de información relativa a cualquier reclamación de seguro, a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento dental.

Firmado: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE PAGO

Yo autorizo el pago directamente al los beneficios del seguro colectivo de otro modo pagaderos a mi dentista o por debajo llamado.

Dr. Dan Utley DDS y/o Asociados

Firma: _____ Fecha: _____

CITA FALTADA

AVISO: Habrá un cargo por citas canceladas o perdidas SIN AVISO DE 48 HORAS.

HISTORIA DE SALUD

INFORMACIÓN ACTUAL

Nombre: _____

Tiene un médico personal? SI O NO

Nombre del médico: _____

#de Telephono _____ Ultima Visita: _____

Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un médico? Si o No

En caso afirmativo, explique _____

¿Está tomando cualquier prescripción / medicamentos de venta libre? SI o NO Por favor, indique cada uno: _____

PARA MUJERES

¿Está tomando el control de la natalidad? SI o NO

¿Estas embarazada? SI o NO Semana # _____

¿Está amamantando? SI o NO

HISTORIAL MÉDICO

¿Usted ha tenido cualquiera de las enfermedades o problemas médicos SIGUIENTES?

S / N Sida	S / N Epilepsia	S / N Esclerosis múltiple
S / N Alergias (véase la lista superior izquierda)	S / N Sangrado excesivo	S / N Marcapasos
S / N Anemia	S / N Desmayo	S / N Tratamiento de radiación
S / N Artritis	S / N Ampollas de fiebre	S / N Problemas respiratorios
S / N artificial articulaciones	S / N Glaucoma	S / N Fiebre reumática
S / N artificiales Válvulas	S / N Crecimientos	S / N Reumatismo
S / N Asma	S / N Fiebre de heno	S / N Problemas del seno
S / N Enfermedad de la sangre	S / N Ataque al corazón	S / N Problemas estomacales
S / N Cancer	S / N Arritmia cardíaca	S / N Derrame Cerebral
S / N Herpes labial	S / N Enfermedad del corazón	S / N Tuberculosis
S / N Corazón congénital	S / N Enfermedad del riñón	S / N Tumores
S / N Diabetes	S / N Enfermedad del hígado	S / N Ulceras
S / N Mareos	S / N Desordenes mentales	S / N Enfermedad venérea
S / N Abuso de drogas/alcohol	S / N Prolapso mitral	
	Valor	

Por favor anote cualquier condición médica grave (s) que usted ha tenido alguna vez que no están en la lista.

ALERGIAS

Es usted alérgico a cualquiera de los medicamentos siguientes?

S / N Amoxicilina	S / N Darvon	S / N Epinephrine	S / N Nitroso
S / N Aspirina	S / N Demerol	S / N Ibuprofen	S / N Penicilina
S / N Ceclor	S / N Los anestésicos dentales	S / N Keflex	S / N Sulfamidas
S / N Codeine	S / N Erythromycin	S / N Latex	S / N Tetraciclina

Otros: _____

SALUD ORAL ACTUAL

Por favor conteste todas las preguntas para ayudarnos mejor servirle

¿Cuánto tiempo hace desde que a visitado al dentista? _____

¿Tiene o ha tenido sangrado o encías sensibles? _____

¿Alguna vez ha usado o está usando ahora el tabaco o el alcohol? Frecuencia _____

Por favor describir sus hábitos de limpieza con cepillo/hilo dental _____

RECONOCIMIENTO DEL QUESTIONARIO DE SALUD

CERTIFICO que las respuestas a las preguntas anteriores son exactos y correctos A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Puesto que un cambio en mi condición médica o en los medicamentos que toma, puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia y me comprometo a asumir la responsabilidad de notificar el dentista de cualquier cambio en las citas posteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Yo autorizo al Dr. Utley o tales asociadas o asistentes que designe para llevar a cabo estos procedimientos que se consideren necesarios o convenientes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier persona menor de edad o de otro tipo por el que tengo la responsabilidad, incluida la disposición y / o la administración de cualquier analgésico sedante, (incluyendo el óxido nitroso,) terapéutica, o tratamientos quirúrgicos.

Yo entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a, magulladuras, hematomas, estimulación cardíaca y temporal o rara vez, entumecimiento permanente y el dolor muscular. Entiendo que es posible que las agujas se rompan durante la administración de anestesia local y que la recuperación quirúrgica de la aguja puede ser necesario.

Yo voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de daño sustancial y grave, si los hay, que puede estar asociado con los procedimientos de tratamiento preventivos y operativos generales en la esperanza de obtener el potencial de los resultados deseados, que pueden o no pueden conseguirse, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor de edad o de barrio. Reconozco que la naturaleza y la finalidad de los procedimientos anteriores se han explicado a mí si es necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA OFICINA Y LA LEY FEDERAL DE LA DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD EN UN PRÉSTAMO

Como condición de su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado. La práctica depende del reembolso de nuestros pacientes por los costos incurridos en su cuidado para seguir siendo viables. Por lo tanto, la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se prestan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales brindados se cargan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Como cortesía, esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro de nuestros pacientes o ayudará a hacer cobros de las compañías de seguros y acreditará los cobros recibidos a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros gastos serán pagados en su totalidad por una compañía de seguros.

Se aplicará un cargo por servicio mensual a una tasa fija del 1.5% por mes / 18% anual * del saldo impago a partir del último día de cada mes y se agregará al saldo de todas las cuentas que excedan los sesenta (60) días a partir de la fecha del servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros previamente escritos. Entiendo que la tarifa estimada que se incluye para esta atención dental solo se puede extender por un período de seis (6) meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En consideración a los servicios profesionales que me brindarán, (o a petición mía, a mi hijo o pupilo menor) por parte del dentista, acepto pagar los honorarios cobrados por los servicios dentales brindados por el dentista o empleado autorizado en ese momento. los servicios se prestan, o dentro de los cinco (5) días posteriores a la facturación, si el dentista extiende el crédito. En caso de que mi cuenta se vuelva delincente, acepto pagar el saldo restante más la suma de la tarifa de cobro cobrada por la agencia de cobro a la que se asigna una cuenta delincente para su cobro, además de honorarios razonables de abogados y costas judiciales cuando tales servicios legales son necesarios. Autorizo la divulgación de información financiera identificable con respecto a mi cuenta, incluidos los cargos facturados, los pagos realizados y los cargos por intereses evaluados, etc. a la agencia de cobros del dentista o al abogado de cobranzas en caso de que los procedimientos de cobranza sean necesarios.

Otorgo mi permiso a usted o a su cesionario para que llamen a mi casa o mi lugar de trabajo para hablar sobre asuntos relacionados con este formulario. También acepto permitir que esta oficina deje mensajes sobre citas y / o resultados en mi contestador automático o con un miembro de la familia.

Este acuerdo reemplaza todos los acuerdos anteriores firmados, incluidos todos y cada uno de los acuerdos de mediación o mediación / arbitraje. Reconozco que cualquier mediación anterior o acuerdos de mediación / arbitraje firmados previamente relacionados con arreglos financieros o calidad de la atención son nulos e inválidos.

Autorizo al dentista o a sus representantes a divulgar información y descripciones de tratamiento financiero e información, ya sea de forma electrónica, por fax o en papel a mi compañía de seguros o cualquier entidad relacionada que requiera que se envíe dicha información.

Reconozco que debo solicitar la Política de privacidad de la oficina y que he recibido una copia de la Política de privacidad de esta oficina cuando lo solicite. Acepto divulgar los nombres al dentista de las personas con las que autorizo al dentista a hablar sobre mi asistencia dental. Reconozco que hay una autorización que debo firmar.

Certifico que he respondido todas las preguntas en los formularios de Bienvenida e Historial de Salud de forma precisa y según mi leal saber y entender. Por la presente, acepto cumplir con las condiciones que se detallan en este documento.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Imprimir el nombre

Relación con el paciente: _____

* la tasa de interés cobrada puede ser a discreción de esta oficina o contador de la oficina.