

# BIENVENIDO!

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número Telefónico (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, por favor indique el Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Empleador del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

¿Cómo se ha enterado de nuestros servicios?  Correo a Domicilio  Medio de Comunicación Social  Seguro  Pagina de Internet  Google  Otros \_\_\_\_\_ Familiar, Amigo o Compañero de Trabajo: ¿A quién podemos agradecer su visita? \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Principal)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número dedeocal \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Secundario)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número dedeocal \_\_\_\_\_

## 4. POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención médica dental. Estamos encarecidamente comprometidos para proporcionarle una atención dental de la más alta calidad de por vida, cuyo objetivo consiste en que usted pueda tener una salud bucal excelente. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que lea, acepte y firme antes de iniciar cualquier tratamiento. El pago debe ser realizado al momento de prestar el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que ofrecemos.

Por favor, marque si desea obtener más información sobre las opciones de financiamiento. **Tenga en Cuenta: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En el caso de que sea necesario que nuestra oficina contrate un servicio de cobro y/o asistencia legal, usted será responsable de cualquier cobro y/o cargos legales hasta del 35%.**

### ¿Tiene Usted un Seguro?

- Debemos enfatizar que como su proveedor de atención dental, nuestra relación es directamente con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.
- Como cortesía hacia usted, le ayudaremos a procesar todos sus reclamos de seguro. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación del seguro, sin embargo, esto no garantiza que su seguro cancelará exactamente la cantidad estimada. Su compañía de seguros y los beneficiarios de su plan determinarán la cantidad a cancelar. Por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su presupuesto sea lo más accesible y exacto posible. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le solicitaremos que se comunique con su compañía de seguros para recordarles que se espera el pago. Si el pago no es recibido o su reclamo es denegado, usted será responsable de cancelar la cantidad total en ese momento.
- Le solicitamos que firme este formulario y/o cualquier otro documento necesario que pueda ser requerido por su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina.
- Le solicitamos que cancele el deducible y el copago, los cuales constituyen a la cantidad estimada no cubierta por su compañía de seguros, bien sea en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que le ofrecemos al momento de proporcionarle el servicio.
- Cooperaremos plenamente con los reglamentos y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudar en la cancelación del reclamo. Nuestra oficina, sin embargo, no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

**Estamos agradecidos por permitirnos servirle y atender sus necesidades de salud dental y estamos a su disposición para aclarar cualquier duda que presente sobre su cuidado o sobre nuestra política financiera.**

Para una descripción detallada de nuestras prácticas de privacidad, por favor observe nuestro folleto "Aviso de Prácticas de Privacidad" en recepción.

### Autorización:

He leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos. Autorizo a mi compañía de seguros para cancelar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad por el pago de los Servicios Dentales proporcionados en este consultorio para mí o para mis dependientes es mía, debida y exigible en el momento en que los servicios son prestados, con la excepción de que los arreglos financieros hayan sido concretados. Adicionalmente, entiendo que un cargo por financiamiento, refacturación, cobranza y/o honorarios de abogados será agregado a cualquier saldo vencido. Al firmar a continuación, usted nos autoriza para comunicarnos vía telefónica por cualquier número que nos haya proporcionado, incluyendo llamadas a dispositivos móviles, celulares o similares para cualquier propósito legal. Usted acepta cualquier tarifa o cargo en el cual pueda incurrir por una llamada entrante de nuestra parte y/o llamadas salientes hacia o desde cualquiera de dichos números, sin la posibilidad de efectuar un reembolso por nuestra parte.

Firma del Paciente o del Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 5. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la siguiente persona para tener acceso a la información cubierta bajo la Práctica de Privacidad con respecto a mí mismo.  
Tu Nombre \_\_\_\_\_

Nombre (impreso) \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

**6. HISTORIA DENTAL** Por favor, marque con una "X" en cualquiera de las siguientes condiciones que aplican a usted.

Nombre del Paciente (impreso): \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10, siendo el 10 la calificación más alta: Ansiedad Dental 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Feliz con su sonrisa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué desearía modificar en su sonrisa?  Color  Mordida  Dientes torcidos o astillados  Espacios  Amontonamiento  
 Cambio de imagen de su sonrisa  Dientes perdidos  Dientes más blancos  
 Dientes sensibles al calor, frío, dulces o a la presión  Otros

Por favor, comparta las siguientes fechas: Su última visita al dentista \_\_\_\_\_ Su última limpieza \_\_\_\_\_

Para usted, ¿Qué es lo más importante acerca de su visita al dentista el día de hoy? \_\_\_\_\_

**Apariencia**

- Dientes decolorados
- Dientes planos o desgastados
- Dientes mal formados
- Dientes torcidos
- Amontonamiento
- Espacios entre los dientes o dientes perdidos
- Mordida profunda

**Dolor o Incomodidad**

- Sensibilidad (Dulces calientes o fríos).
- Presión o dolor al masticar
- Dientes rotos o obturaciones dentales
- Sequedad bucal
- Otros: \_\_\_\_\_

**Función**

- Afilado o apretado
- Dolor de cabeza matutino
- Dolor al articular la mandíbula (TMJ)
- Crujido o chasquido al articular la mandíbula (TMJ)
- Impedimento del habla
- Respiración bucal
- Dolores musculares (cabeza, cuello)
- Dificultad para abrir o cerrar la mandíbula
- Dificultad para masticar en ambos lados

**Salud Periodontal (Encía)**

- Encías sangrantes hinchadas e irritadas
- Mal aliento

- Dientes flojos, inclinados o en movimiento
- Enfermedad perio/encia previa

**Hábitos**

- Chuparse el pulgar
- Morderse las uñas
- Morderse la mejilla o el labio
- Masticar hielo o objetos extraños.

**Condiciones o Patrón de Sueño**

- Apnea del sueño
- Ronquido

**Social**

Paquetes de tabaco por día \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de alcohol \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de medicamentos \_\_\_\_\_

**Opciones Previas de Comodidad**

- Óxido nítrico
- Sedación oral (píldora)
- Sedación intravenosa

**Consumo Frecuente o Diario:**

- Gaseosa o té dulce
- Café con crema o azúcar
- Bebidas energéticas o deportivas
- Caramelos o dulces
- Dieta alta en carbohidratos

**7. HISTORIA MÉDICO.** Por favor, marque con una "X" su respuesta para indicar si usted presenta o ha presentado alguna de las siguientes situaciones:

**Cáncer**

- Tipo \_\_\_\_\_
- Quimioterapia
- Radioterapia

**Cardiovascular**

- Angina (dolor en el pecho)
- Afecciones cardíacas
- Cirugía del corazón.
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Accidente cerebrovascular

**Endocrinología**

- Diabetes
- Hepatitis A, B o C
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Enfermedad tiroidea

**Gastrointestinal**

- Reflujo
- Enfermedad gastrointestinal

**Hematológico o Linfático.**

- Anemia
- Trastorno sanguíneo
- Lastimarse fácilmente
- Sangrado excesivo

**Neurológico**

- Ansiedad
  - Depresión
  - Mareos o desmayos
  - Adicción al alcohol o a las drogas
  - Convulsiones
  - Enfermedad psiquiátrica
- Respiratoria**
- Asma
  - Enfisema o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
  - Problemas respiratorios
  - Problemas de sinusitis
  - Apnea del sueño
  - Tuberculosis

**Infecciones virales**

- SIDA
- VIH positivo
- Virus del papiloma humano
- Úlceras bucales

**Mujeres**

- Actualmente embarazada
- Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_
- Enfermería

**Alergias Médicas**

- Antibióticos (Penicilina, Amoxicilina, Clindamicina)
- Opiáceos (Percocet, Oxycodona, Tylenol 3)
- Látex
- Anestésico local
- Antiinflamatorio Esteroideo

**Otras observaciones o alergias**

¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Si es así, por favor indique \_\_\_\_\_

Nombre Físico Completo \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una enfermedad, operación o hospitalización grave en los últimos 5 años? En caso de ser afirmativa la respuesta, por favor indíquelo. \_\_\_\_\_

Por favor, marque con un círculo si usted presenta alguna de estas condiciones: Válvula Cardíaca Artificial    Endocarditis Infecciosa Previa  
 Válvulas Cardíacas Dañadas en el Transplante de Corazón    Cardiopatía Cianótica no Reparada    Cardiopatía Reparada con Lesiones Residuales

Por favor, indique los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

¿Ha tomada alguna vez o está tomando actualmente algún medicamento para la Osteopenia, Osteoporosis o La Enfermedad Ósea? Si la respuesta es afirmativa, por favor indique los medicamentos. \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente anticoagulantes? Si la respuesta es afirmativa, por favor indíquelo: \_\_\_\_\_

**Autorización:**

El abajo firmante autoriza al Doctor para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico completo sobre las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Doctor para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser indicadas. También entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un cierto riesgo. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Dentista o Higienista