

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno solamente, Nombre Inicial del segundo nombre  
Genero: \_\_\_\_\_ Situación Familiar: Niño  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Horas para llamar: \_\_\_\_\_  
Horario preferido para su cita:  Mañana  Tarde  Noche  Cualquier hora  L  Mar  Mi  J  V

Dirección : \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

## Información de la Salud

Fecha de la Última Visita Dental: \_\_\_\_\_ Razón de esta visita: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor, marque las que sean apropiadas:**

- |                                                    |                                                 |                                                   |                                                 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TDAH                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado  | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral       |
| <input type="checkbox"/> SIDA                      | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo      | <input type="checkbox"/> Trastorno Mentales       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____            | <input type="checkbox"/> Desmayos               | <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos     | <input type="checkbox"/> Tumores                |
| _____                                              | <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Embarazo                 | <input type="checkbox"/> Ulceras                |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales     | <input type="checkbox"/> Forúnculo              | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Retrasos de Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Pánico           | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno        | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios  | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas  |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Lesiones a la Cabeza   | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática         | <input type="checkbox"/> Alergia a Codeína      |
| <input type="checkbox"/> Autista                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Reumatismo               | <input type="checkbox"/> Alergia a Penicilina   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco         | <input type="checkbox"/> Problemas del seno       | <input type="checkbox"/> Otros: _____           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Problemas de Estomago    |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta  |                                                   |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Mareo                     | <input type="checkbox"/> Ictericia              |                                                   |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down          | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal       |                                                   |                                                 |

- Liste cualquier medicamento que el paciente este tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

- ¿Su niño ha tenido complicaciones después de algún tipo de tratamiento dental en el pasado?  Si  No  
Por favor, explique:

\_\_\_\_\_

- ¿Su niño ha sido admitido a un hospital o ha tenido atención de emergencia en los últimos dos años?  Si  No  
Por favor, explique:

\_\_\_\_\_

- ¿Su niño esta bajo el cuidado medico de un Doctor?  Si  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

- Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- ¿Su niño tiene algún problema a la salud que necesita ser clarificado?  Si  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

En mi conocimiento todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas.  
Si hay cualquier cambio en mi salud, voy a informar a los médicos sin falta durante la próxima cita.

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

## Sobre su referencia

¿A quien debemos agradecerle por haberle referido a nuestra práctica?  Otro paciente, un amigo  
 Otro paciente, un familiar  Consultorio Dental  Internet  Escuela  Trabajo  Otro \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona u oficina que le refirió a nuestra practica: \_\_\_\_\_

### Información del Cónyuge o Responsable

La siguiente es para:  el/los padres del paciente o tutor legal  La persona responsable por el pago

Nombre (Padre): \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Horas para llamar: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Calle

Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre (Madre): \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Horas para llamar: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Calle

Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

### Información Sobre Su Compañía

Nombre de la compañía donde trabaja (Padre): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

Nombre de la compañía donde trabaja (Madre): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

### Información Sobre Su Seguro

#### Primaria

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ ¿El Asegurado es el Paciente?  Si  No

Apellido paterno solamente, Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de Nac. del Asegurado: \_\_\_\_\_ Member #: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

Compañía de Trabajo del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

Vínculo del Paciente con el Asegurado:  Mismo  Cónyuge  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de su Seguro: \_\_\_\_\_

#### Secundaria

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ ¿El Asegurado es el Paciente?  Si  No

Apellido paterno solamente, Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de Nac. del Asegurado: \_\_\_\_\_ Member #: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

Compañía de Trabajo del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

Vínculo del Paciente con el Asegurado:  Mismo  Cónyuge  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de su Seguro: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Hacer los Sentimientos

Como condición para recibir tratamientos en esta oficina es necesario hacer arreglos financieros con anticipación. Esta practica depende de los reembolsos de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento. **Por lo tanto, el pago debe ser hecho en la fecha en que se prestan los servicios.**

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

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales proveídos serán cobrados directamente al paciente y que el o ella es personalmente responsable por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudara a los pacientes con las formas de seguros o ayudar en las colecciones de las compañías de seguros y proporcionará crédito a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios asumiendo que nuestros servicios serán pagados por una compañía de seguros. **Si el seguro no paga la cantidad esperada, el paciente será responsable por cualquier saldo pendiente en su cuenta. Cuentas atrasadas por más de 90 días serán enviadas a un abogado y/o agencia de colecciones. En este caso, el paciente será responsable por los cargos asociados con la colección.**

Un cargo de servicio de 1 ½% mensual (18% por año) sobre el saldo pendiente será cobrado en todas las cuentas de mas de 60 días, a menos que se cumplan las disposiciones financieras hechas anteriormente.

Entiendo que la estimación de pago para este tratamiento dental solo puede ser prorrogada por un periodo de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En consideración por los servicios profesionales prestados por el medico para mi, mi esposa o mi hijo, o en mi petición, estoy de acuerdo a pagar por el valor razonable de dichos servicios a dicho Doctor, o su cesionario, en el momento que dichos servicios sean prestados, o dentro de cinco (5) días de la facturación de crédito si ha de extenderse. Además estoy de acuerdo que el valor razonable de dichos servicios sean cobrados como han sido facturados a menos que sean negados, por mí, por escrito, dentro de los plazos para el pago de éstas. Además estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier condición de tiempo o de continuación no constituirá una renuncia de cualquier otro término o condición, y además me comprometo a pagar todos los costos y honorarios razonables de los abogados en caso de que cualquier cuenta mía sea referida a un abogado para colección.

Entiendo que se requieren 24 horas de notificación para cancelar cualquier cita programada. Si no lo hace, después de la primera cita perdida sin notificación será despedido de nuestra oficina. Atención de emergencia será ofrecida como cortesía después de los 30 días de inactivación.

Doy mi permiso al Doctor o a su cesionario, para llamarme en casa o trabajo para conversar sobre las cosas relacionadas con esta forma.

**He leído esta forma completamente sobre las condiciones de tratamiento y de pago y concuerdo con el contenido de la misma.**

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tuto legal

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable por el pago