

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle al seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro a la cuenta del paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar del paciente.

Asignación de seguro: Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza. Un recargo del 1 1/2 % por mes (18% por año, pero nunca más de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fue examinado. En consideración a los servicios profesionales prestados a mí, o solicitados por mí, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier cumplimiento de estos términos y condiciones por mi parte, no me autoriza el cumplimiento de otros términos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra. Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para pagar para telefonarme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Yo he leído las condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: _____
Fecha: _____

TERMINOS & CONDICIONES

Nombre de la persona asegurada _____

Nombre de la compañía de seguro (secundario) _____

Nombre de la compañía de seguro (principal) _____

FORMA PREFERIDA DE PAGO: Al contado en el día del tratamiento Número de Visa Número de Mastercard

Persona responsable por esta cuenta _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____ TELEFONO _____

FECHA DE EXPIRACION _____

FECHA DE EXPIRACION _____

RELACION _____

RELACION _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL _____ NUMERO DEL GRUPO _____

NUMERO DEL PLAN _____ NUMERO DEL PLAN _____

NOMBRE DEL SINDICATO _____ NOMBRE DEL SINDICATO _____

NUMERO DE LA PERSONA ASEGURADA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

RELACION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SINDICATO LOCAL _____ SINDICATO LOCAL _____

INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS

Nombre de paciente _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

Edad _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Si el paciente es un menor de edad, de el nombre de los padres o guardiadores _____

Relación _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Propio Renta

Dirección de la casa _____ CALLE _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

Paciente es: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Menor de edad

Numero de la licencia de conducir _____

Numero del Seguro Social _____

Numero de la cuenta _____

Banco _____

Lugar de empleo _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Ocupación _____

Dirección del empleo _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. _____

Dirección completa del familiar cercano _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

Nombre de su médico _____

DIRECCION _____

Dentista de anterior _____

DIRECCION _____

¿Por qué cambia usted de dentistas? _____

Razón por la cita _____

¿Esta vista de emergencia? Si No En caso de si, explique: _____

Escuela a la que van sus hijos _____

¿A quién le podemos agradecer su visita? _____

Numero de licencia _____

Nombre de esposa(a) _____

Lugar de empleo _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Ocupación _____

Dirección del empleo _____

Teléfono de casa (_____)

Teléfono de casa (_____)

Relación _____

Numero de licencia _____

Nombre de esposa(a) _____

Lugar de empleo _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Ocupación _____

Dirección del empleo _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. _____

Dirección completa del familiar cercano _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

Nombre de su médico _____

DIRECCION _____

Dentista de anterior _____

DIRECCION _____

¿Por qué cambia usted de dentistas? _____

Razón por la cita _____

¿Esta vista de emergencia? Si No En caso de si, explique: _____

Escuela a la que van sus hijos _____

¿A quién le podemos agradecer su visita? _____

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada CONFIDENCIAL) Fecha _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE



CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD



Estas preguntas son para su proveedor y le aseguran que se consideran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental, pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de **SI** o de **NO**. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? SI NO

HISTORIA CLINICA

1. ¿Tiene usted buena salud? SI NO

2. Fecha del último examen médico

3. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? SI NO

4. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación? SI NO

5. ¿Ha estado usted hospitalizado? SI NO

6. ¿Ha estado usted tomando algún medicamento? SI NO

7. ¿Ha estado usted tomando algún medicamento (mariflujana, cocaína, etc.)? SI NO

8. ¿Ha sido usted pre-medicado una vez con antibióticos para su tratamiento dental? SI NO

9. ¿Está usted sensible o alérgico a cualquier droga o sustancia? SI NO

10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Haga un círculo alrededor de **S** o de **N** de todas las condiciones mencionadas.)

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

11. ¿Usa usted un marcapasos de corazón, o ha tenido cirugía cardíaca? SI NO

12. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparezca arriba y que yo debo saber? SI NO

13. ¿Fuma usted? En caso de sí, cuánto?
 Cigarras _____ Puros _____ Paquetes _____ por día _____

14. ¿Ha tomado usted alguna vez las drogas Fen-Phen, Redux, Fosamax (Bisphosphonate), Zometra, Actonel, Boniva, Aredia, Diet Drugs? SI NO

15. (Mujeres) ¿Esta usted en estado de embarazo? En caso de sí, cuántos meses? _____

16. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? SI NO

17. (Mujeres) ¿Toma usted píldoras anticonceptivas? SI NO

HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novocaina, etc.)? SI NO

2. ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? SI NO

3. ¿Ha estado teniendo un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? SI NO

4. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera?
 Semanas _____ Meses _____ Años _____

5. ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental?
 Semanas _____ Meses _____ Años _____

6. ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? Muy poco Moderadamente Extremadamente

7. ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? SI NO

8. ¿Ha tenido usted alguna cirugía cardíaca? SI NO

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? SI NO

2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

Fecha _____ Firma _____

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? SI NO

2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

Fecha _____ Firma _____

REVISADO POR NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fecha _____ Lic. # _____

A B C

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo al dentista(s) a cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de oxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas.

Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los términos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Fecha _____ Firma _____

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente está incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiar cercano del paciente.

Fecha _____ Firma _____

RELACION AL PACIENTE:

FORM 100-65 REV 11/12 ©2011 DENHAM GRAPHICS & PRINTING All rights reserved. No part of this form may be reproduced in any way. DENHAM 230 West Moore Avenue, Unit D, Merrimack, NH 03055-1099 / FAX 603.859.8376 / 826.359.8376

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD