

DATOS PERSONALES (OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES)

NOMBRE DEL PACIENTE	_____	REFERIDO POR:	_____	FECHA:	_____
DIRECCION	_____	ESTADO DE LA CIUDAD	_____	CÓDIGO POSTAL	_____
GÉNERO (MASCULINO/FEMENINO)	_____	ESTADO (CASADO, SOLTERO, NINO)	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____
CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO	_____	EMAIL PERSONAL:	_____	SEGURIDAD SOCIAL:	_____
TELEFONO	_____	DNI OFICIAL N°:	_____	COPIA EN ARCHIVO:	_____

EN CASO DE EMERGENCIA (OBLIGATORIO PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS)

EMPLEADOR	_____	DIRECCIÓN EMPLEADA	_____	TELÉFONO EMPLEADO	_____
MÉDICO PRIMARIO	_____	DIRECCIÓN FÍSICA	_____	TELÉFONO FÍSICO	_____
FARMACIA	_____	DIRECCIÓN DE FARMACIA	_____	TELÉFONO DE FARMACIA	_____
CONTACTO DE EMERGENCIA	_____	RELACIÓN	_____	TELÉFONO DE EMERGENCIA	_____

SEGURO DENTAL (SOLO PACIENTES DEL SEGURO)

PROVEEDOR DE SEGUROS	_____	DIRECCIÓN DEL SEGURO	_____	TEL DEL SEGURO	_____
NUM DE GRUPO	_____	NUM DE PAGADOR	_____	ID DE SUSCRIPTOR	_____
ASEGURADO PRINCIPAL	_____	SEG SOCIAL DEL PRIMARIO	_____	FECHA DE NAC	_____

Reconozco que esta información es completa y precisa a mi leal saber y entender. Es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi información personal/de seguro. No responsabilizaré al dentista de su personal por errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario. Autorizo la prestación de los servicios que pueda necesitar, con mi consentimiento informado.

FIRMA: X _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Tienes buena salud? SI NO
 Explique: _____
 ¿Cuándo fue tu último examen? _____
 ¿Está bajo atención médica? SI NO
 Explique: _____
 ¿Alguna hospitalización reciente? SI NO
 Explique: _____
 ¿Fumas? SI NO
 ¿Está embarazada/amamantando? SI NO
 Explique: _____

MEDICAMENTOS (LISTE CADA UNO Y DOSIS)		ALERGIAS (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)	
_____	_____	¿Antibióticos? S / N	¿Sulfamidas? S / N
_____	_____	¿Barbitúricos? S / N	¿Aspirina? S / N
_____	_____	¿Anestésicos? S / N	Otro: _____
_____	_____	¿Yodo? S / N	_____
_____	_____	¿Látex? S / N	_____
_____	_____	Narcóticos? S / N	_____

CONDICIONES MÉDICAS (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN S / N	SIDA/VIH S / N	AMPOLLAS DE FIEBRE S / N	MIGRAÑAS S / N	PROBLEMA SINUSAL S / N
ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA S / N	ARTRITIS S / N	DIABETES TIPO I O II S / N	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS S / N	TRASTORNOS DEL SUEÑO S / N
PRESIÓN ARTERIAL BAJA S / N	OSTEOPOROSIS S / N	ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL S / N	CONDICIONES DE SALUD MENTAL S / N	RONQUIDOS/APNEA S / N
SANGRADO ANORMAL S / N	ÚLCERAS S / N	REFLUJO/ARDOR DE ESTÓMAGO S / N	TUMORES/CRECIMIENTOS S / N	OTRO: _____
CÁNCER/QUIMIO S / N	TRASTORNO RESPIRATORIO S / N	ANEMIA S / N	DOLOR DE MANDÍBULA/APRIETE S / N	_____
HEPATITIS/ENFER HEPÁTICA S / N	EPILEPSIA/CONVULSIONES S / N	PROBLEMAS DE TIROIDES S / N	FÁCILMENTE ABOLLADO S / N	_____
CARRERA S / N	TUBERCULOSIS S / N	PROBLEMAS RENALES S / N	LESIONES EN EL CUELLO/ESPALDA S / N	_____

HISTORIA DENTAL

¿Por qué estás de visita hoy? _____	¿Tienes miedo dental? <u>SI NO</u>	¿Estás interesada en la estética? <u>SI NO</u>
¿Quién fue tu último dentista? _____	¿Es necesario premedicarse? <u>SI NO</u>	<i>Botox / Juvederm</i> <u>SI NO</u>
¿Cuándo fue tu última visita? _____	¿Necesita sedación ligera? <u>SI NO</u>	<i>Thread Lift</i> <u>SI NO</u>
¿Has usado brackets antes? <u>SI NO</u>	¿Tus dientes se mueven? <u>SI NO</u>	<i>Bichectomia</i> <u>SI NO</u>
¿Te sangran las encías? <u>SI NO</u>	¿Tienes dentadura postiza? <u>SI NO</u>	<i>Invisalign</i> <u>SI NO</u>
¿Tu mueles/aprietas al dormir? <u>SI NO</u>	¿Te faltan dientes? <u>SI NO</u>	<i>ZOOM Clareamento</i> <u>SI NO</u>

COMENTARIOS

Reconozco que esta información es completa y precisa a mi leal saber y entender. Es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi información médica. No responsabilizaré al dentista de su personal por errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario. Autorizo la prestación de los servicios que pueda necesitar, con mi consentimiento informado.

FIRMA X _____

RENUNCIAS FINANCIERAS / DE PRIVACIDAD

Recibiré un plan de tratamiento por escrito con tarifas e información de seguro disponible. Debo firmar el plan como reconocimiento antes de reservar el tratamiento.

El pago siempre es requerido cuando se prestan los servicios. Cualquier reserva de mas de \$ 1000 o mas de 2 horas requerira un deposito del 50% por adelantado.

Soy responsable de comprender la cobertura de mi seguro. La oficina me ayudará a procesar los reclamos, pero no los responsabilizaré por ningún reclamo rechazado.

Si soy paciente asegurado se me cobrarán las tarifas contratadas. Mi pago se hara en su totalidad en la fecha del servicio y reembolsos se me asignarán cuando los reembolsen las aseguradoras.

Si solicito que los beneficios del seguro se asignen al consultorio dental, los honorarios no cubiertos por mi aseguradora dentro de los 30 días serán pagados en su totalidad por mí. Proporcionaré información de tarjeta de crédito

De acuerdo con la ley del estado de Florida, es posible que se me cobre un recargo del 1,5 % por mes (18 % por año) por cuentas en mora que excedan los 30 días.

De acuerdo con la ley del estado de Florida, pagos con cheques autorizan penalización cuando los cheques no son aceptados. Cada cheque devuelto tendrá un cargo de \$25 si es <\$50, un cargo de \$30 si está entre \$50-300 y un

Estoy obligado a dar un aviso de 24 horas sobre los cambios en las citas. La oficina puede cobrar una penalización de \$1 por cada minuto de tiempo de cita perdido (por ejemplo, \$60 por hora, \$120 cada 2 horas).

Cualquier cita no confirmada dentro de las 24 horas anteriores a la fecha del servicio puede estar sujeta a cancelación.

Proporcionaré información de contacto de teléfono móvil y/o correo electrónico a la oficina para comunicarme electrónicamente a través de su sistema de gestión de pacientes.

Autorizo al consultorio dental a transferir mis registros a otro proveedor cuando sea referido para tratamiento. Esto no me obliga a ninguna relación médico/paciente con ningún proveedor, excepto por mi propia elección.

Autorizo la divulgación de registros a hospitales, aseguradoras o sus representantes, incluidas radiografías, historial médico u otra información necesaria para revisar, investigar o evaluar reclamos de beneficios.

Si mi cobertura de seguro está bajo acuerdo de mi empleador o entidad similar, esta autorización permite la divulgación a ellos para fines de revisión de utilización o auditoría financiera.

Autorizo al consultorio dental a presentar reclamaciones en mi nombre. Autorizo la asignación de beneficios que de otro modo se me pagarían, pero que no excedan los cargos reales del proveedor por los servicios cubiertos.

He leído los avisos de privacidad y tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. También tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Autorizo al consultorio dental a hacer llamadas de rutina para confirmar mi cita. Se puede dejar un mensaje con una persona responsable o un contestador automático. La oficina puede comunicarse electrónicamente cuando se

Las comunicaciones de rutina incluyen, entre otras, mensajes de texto/correo electrónico para confirmar citas, preguntas sobre posibles tratamientos, preguntas después del tratamiento activo y consultas sobre facturación.

Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mi información de salud: _____

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CREDITO

Por la presente, lo autorizo a cargar en mi tarjeta de crédito cualquier monto atrasado adeudado durante los 30 días posteriores a la fecha del servicio:

TARJETA DE CREDITO _____ TIPO DE TARJETA __ VISA __ MASTERCARD __ AMEX __ CARECREDIT __ DISCOVER

FECHA DE VENCIMIENTO: _____ CCV (3 #S ATRAS O 4 EN FRENTE PARA AMEX) _____

FIRMA X _____

Entiendo todos los descargos de responsabilidad antes mencionados y los acepto como se indica. Soy responsable de proporcionar una nueva autorización de tarjeta de crédito en caso de que la información de la tarjeta en el archivo ya no sea válida por cualquier motivo, incluidas las tarjetas perdidas, robadas o modificadas de la información mencionada anteriormente.



INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

(PARA SOLICITANTES DE LÍNEA DE CRÉDITO O PRÉSTAMO MÉDICO)

Estoy interesado en solicitar financiamiento para poder pagar mis cuotas dentales en cuotas mensuales en lugar de todo a la vez. Entiendo que el consultorio dental ofrece financiamiento a través de CareCredit y Lending Point. Autorizo al consultorio dental a precalificarme para las ofertas de financiamiento disponibles de estas organizaciones de terceros, lo que implicará una verificación suave de mi crédito. Sin mi autorización explícita por escrito, el consultorio dental no solicitará fondos ni procesará solicitudes de crédito que impliquen una verificación exhaustiva de mi puntaje de crédito. A los efectos de la precalificación, estoy proporcionando la siguiente información financiera complementaria:

[TODOS LOS SOLICITANTES]

¿Eres dueño de tu lugar de residencia o alquilas? Dueño _____ Alquilero _____

¿Qué paga mensualmente (alquiler o hipoteca)? Hipoteca \$ _____ Alquiler \$ _____

¿Cuál es su ingreso mensual estimado de todas las fuentes? \$ _____

Reconozco que esta información es completa y precisa a mi leal saber y entender. Es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi información personal. No responsabilizaré al dentista de su personal por errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

FIRMA: X _____