



BIENVENIDO



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: M F
Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha Nacimiento: _____ Núm. SS: _____ Email: _____

Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a Otro

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

Empleador: _____ # Trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

¿A quién podríamos agradecer por su referencia? _____

PERSONA RESPONSABLE (Si no es el paciente)

Nombre de la persona responsable por la cuenta: _____ Fecha Nacimiento: _____
 Núm. SS: _____ Relación con el paciente: _____ Email: _____

SEGURO DENTAL

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el paciente: _____
 Núm. SS: _____ Fecha Nacimiento: _____ Empleador: _____
 Nombre del Seguro: _____ Teléfono: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____ Fecha última visita: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad u operación seria? Si No De ser afirmativo describa: _____

¿Actualmente se encuentra bajo cuidado médico? Si No Alguna vez has tenido transfusión de sangre? Si No

Mujeres: ¿Estás embarazada? Si No / Estas amamantando? Si No / Tomas pildoras anticonceptivas? Si No

Favor de indicar si alguna vez has tenido o tienes algunas de las siguientes condiciones:

Si / No Alérgicos a materiales latex, metal, químico	Si / No Diabetes	Si / No Articulaciones, extremidades o caderas artificiales	Si / No Ronchas en la piel
Si / No Alta presión	Si / No Dolor de mandíbula	Si / No Herpes	Si / No SIDA/VIH Positivo
Si / No Anafilaxias	Si / No Enfermedades del Riñón	Si / No Migraña	Si / No Tiroides
Si / No Anemia	Si / No Enfermedades del Hígado	Si / No Marcapasos	Si / No Tonsilitis
Si / No Artritis	Si / No Espina Bífida	Si / No Problemas de circulación	Si / No Tos con sangre
Si / No Asma	Si / No Fiebre muy alta	Si / No Problemas del corazón	Si / No Tos persistente
Si / No Ataques al corazón	Si / No Glaucoma	Si / No Problema de espalda	Si / No Trato de radiación
Si / No Atópica	Si / No Habito al tabaco	Si / No Problema de nervios	Si / No Tratamiento cortisona
Si / No Cáncer	Si / No Hemofilia / Hemorragia	Si / No Problema respiratorios	Si / No Tuberculosis
Si / No Cirugía en el corazón	Si / No Hepatitis	Si / No Problema de sangre/venas	Si / No Ulceras/Colitis
Si / No Cuidado psiquiátrico		Si / No Quimioterapia	

Otro: _____

Lista de medicamentos: _____

¿Alérgico a algún medicamento? Si / No De ser afirmativo, indicar cuales: _____

AUTORIZACIÓN

He revisado la información en este cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informare al dentista. Autorizo a la compañía de seguros indicada en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagados a mí. Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagadas por el seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anticipación.



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE HIPAA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

Se nos requiere que proporcionemos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece cómo podemos usar y/o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para confirmar el recibo del Aviso.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de esta Práctica Dental.

Nombre del Paciente (letra de molde)

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Tenga en cuenta: Es su derecho negarse a firmar este Reconocimiento

Solo para uso de la Oficina Dental

Hemos hecho todos los esfuerzos posibles para obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad por parte del paciente que se menciona, pero no se pudo obtener porque:

- Una emergencia nos impidió obtener la confirmación.
- Una falta de comunicación nos impidió obtener la confirmación.
- El paciente no estaba dispuesto a firmar.
- Otro: _____

Firma del Empleado

Fecha

HIPAA Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad
Este formulario no constituye asesoramiento legal, solo cubre la ley federal y no estatal.



POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido(a) a Smile Care Center!!!

Gracias por seleccionar nuestra oficina para su cuidado dental. Estamos comprometidos a darle un excelente servicio a todos nuestros pacientes. La siguiente información lo mantendrá al tanto de las políticas financieras de nuestra oficina.

- **BENEFICIOS DEL SEGURO:** Completaremos y presentaremos las facturas a su seguro dental. Haremos todos los esfuerzos posibles para obtener el máximo de sus beneficios permitidos por su compañía de seguros. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le recomendamos que lea su póliza cuidadosamente. Algunos o todos los servicios que brindamos pueden que **no** estén cubiertos por su seguro. Haremos nuestro mejor esfuerzo para otorgarle un estimado preciso, pero no podemos garantizar los pagos de su Seguro antes de someter la factura. Cualquier balance pendiente, después de que su seguro pague, deberá ser pagado, en su totalidad, dentro de los (10) días de haber recibido la factura.
- **PAGOS:** Nuestra política es coleccionar el PAGO COMPLETO en el momento del servicio. Si se aplican los beneficios del seguro, los CO-PAGOS Y DEDUCIBLES del paciente son pagaderos en el momento del servicio, a menos que se haya establecido un acuerdo de pago antes del comienzo de cualquier tratamiento.
- **SIN SEGURO:** El paciente será 100% responsable de los servicios prestados. El total deberá pagarse el día del servicio a menos que se hayan establecido un acuerdo de pago antes del comienzo de cualquier tratamiento.
- **BALANCES:** Balance pendiente que el paciente no pague durante 30 días o más, podrá incurrir en el siguiente cargo: ***Cargos por intereses del 1.5% por mes.***
- **CHEQUES:** Habrá un cargo de \$30.00 por cheque devuelto sin fondos insuficientes.

Por la presente yo, _____, certifico que he leído y acepto las políticas de Smile Care Center.

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha



APPOINTMENTS AND CANCELLATIONS / CITAS Y CANCELACIONES

Appointments and Cancellations

When we schedule your appointment, we are reserving a space for your particular needs. We ask that if you change an appointment, please give us at least **24 hours of notice**. This courtesy makes it possible to give your reserved space to another patient who would need it.

There is a charge for not calling or not showing up to your scheduled appointment of \$35 dollars. Repeated cancellations or missed appointments will result in loss of future appointment privileges.

We feel that our patients time is valuable. When your appointment is scheduled, a space is reserved, your records are prepared, and special instruments are ready for your visit. Except for emergency treatment of other patients, you can expect us to be prompt. We, of course, would appreciate the same courtesy from you.

Print name

Date

Signature

Citas y Cancelaciones

Cuando se programa su cita, se está reservando un espacio exclusivo para usted. Como paciente de Smile Care Center, es su responsabilidad asistir a sus citas en el tiempo estipulado. Si por alguna razón usted no puede asistir a su cita, le pedimos que por favor nos notifique con al menos **24 horas de anticipación**. Esta cortesía permite dar su espacio reservado a otro paciente que lo necesite.

Habrá un cargo de \$35 dólares por no llamar o no presentarse a su cita programada. Las repetidas cancelaciones o las citas perdidas afectarán el privilegio de sus futuras citas.

Sentimos que el tiempo de nuestros pacientes es valioso. Cuando se programa su cita, se reserva un espacio, sus registros est n preparados y los instrumentos especiales est n listos para su visita. Con excepción al tratamiento de emergencia de otros pacientes, puedes esperar que seamos eficiente. Nosotros, por supuesto, agradeceremos la misma cortesía de su parte.

Nombre completo

Fecha

Firma