



Herrera

FAMILY DENTAL

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Tómese unos minutos para completar este formulario lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta, con gusto le ayudaremos. Esperamos trabajar con usted para mantener su salud dental.

Información del Paciente

Nombre: _____

Nombre del guardián(a) legal: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Numero de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguridad Social: _____

¿A quién podemos agradecerles por recomendarlo?: _____

Notificar en caso de emergencia: _____ Numero de teléfono: _____

Seguro Primario

Persona responsable de la cuenta: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguridad Soc.: _____

Dirección de casa: _____ Numero de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguro: _____ Numero de teléfono: _____

Numero de grupo: _____ Numero de suscriptor: _____

Nombres de otros dependientes en este plan: _____

Seguro adicional

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional? __ SI __ NO

Nombre de suscriptor: _____ Relación con paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Compañía de seguro: _____ Numero de telefono: _____

Numero de grupo: _____ Numero de suscriptor: _____

Historia Dental

¿Qué te gustaría que hiciéramos hoy?: _____

¿Tiene molestias dentales?: _____

Fecha del último cuidado dental: _____ Fecha de las últimas radiografías: _____

Por favor circule cualquiera de los siguientes que ha tenido:

Mal aliento Sensibilidad al dulce Sensibilidad al frio/calor Sensibilidad al morder Diente flojos

Rellenos rotos Sangrada de las encías Recogida de comida entre dientes Tratamiento periodontal

Rechinar/Apretar los dientes Incomodidad en la mandíbula Ulceras de boca

¿Qué tan seguido cepillas tus dientes?: _____ ¿con qué frecuencia usa hilo dental? _____

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan importante es tu sonrisa? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría su sonrisa? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Estás interesado(a) en blanquear los dientes? _____

¿Estás interesado(a) en Invisalign? _____

¿estás interesado(a) en implantes dentales? _____

Historial Medico

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? ____NO ____SI
Describe: _____

¿Alguna vez ha tomado bifosfonatos o medicamentos para la osteoporosis? _____

¿Alguna vez has tomado anticoagulantes?

¿Alguna vez ha tenido cáncer o tratamiento de radiación?

Mujeres: ¿Estás embarazada o lactando? anticonceptivo? _____

Por favor circule si tiene alguno de los siguientes:

SIDA / VIH positivo(a) Problemas de espalda Toser sangre Problemas del corazón: _____

Anafilaxia Enfermedad de la sangre Diabetes Hemofilia / sangrado anormal

Anemia Cáncer Epilepsia Herpes

Artritis/Reumatismo Dependencia química Desmayos Fiebre

Hepatitis __A, __B, __C, __E Válvulas cardíacas artificiales Quimioterapia

Alergias a los alimentos Hipertensión arterial / Enfermedad cardíaca Articulaciones artificiales

Problemas circulatorios Dolor de mandíbula Tratamiento con cortisona

Dolores de cabeza Enfermedad renal /mal funcionamiento Propenso(a) a las alergias

Tos persistente Soplo cardíaco Alergias materiales (metal, látex, productos químicos)

Prolapso de la válvula mitral Problemas nerviosos Osteoporosis

COVID-19 Marcapasos / cirugía cardíaca Cuidado psiquiátrico

Aumento o pérdida rápida de peso Enfermedad respiratoria Fiebre reumática

Dificultad para respirar Erupciones en la piel Espina bífida Ataque implante quirurgico

hinchazón de pies o tobillos enfermedad tiroidea o mal funcionamiento hábito de tabaco

amigdalitis tuberculosis úlcera / colitis

Asma Glaucoma Enfermedad de hígado

¿Actualmente estás tomando algún medicamento?

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?

¿Hay alguna actualización para su historial de salud?

Autorización de HIPAA

He revisado la información de este cuestionario y, según mi leal saber y entender, es precisa. Entiendo que esta información será utilizada por mi dentista para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado y saludable. Si hay algún cambio en mi estado médico, es mi responsabilidad informar al dentista. Autorizo a mi compañía de seguros a pagarle al dentista o al grupo dental todos los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían por los servicios prestados. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros. Autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro.

Firma: _____

Fecha: _____

El pago completo se debe a tiempo del tratamiento a menos que se hayan aprobado arreglos.

Bienvenidos a *Herrera* Family Dental

Nos damos cuenta de que tiene muchas opciones para su atención dental y le agradecemos que elija nuestra oficina para sus necesidades dentales. En Herrera Family Dental, estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad y la más moderna odontología, de manera integral, compasiva y asequible.

_____ PAGOS (por favor inicial)

Los pagos se deben al momento del servicio. para su conveniencia, además de efectivo, aceptamos Visa, Mastercard, Discover card y American Express. Se puede solicitar el financiamiento de la tarifa más alta para aquellos que califican a través de uno de los programas de financiamiento que tenemos para ofrecer. Nuestro personal puede ayudarlo con la aplicación.

_____ SEGURO (por favor inicial)

Desafortunadamente, hay mucha confusión sobre el seguro dental. Recuerde que no trabajamos para ninguna compañía de seguros ni para ninguna PPO o HMO. Trabajamos para usted! Nuestras recomendaciones de tratamiento se basan en nuestro conocimiento profesional de lo que será mejor. Las recomendaciones de tratamiento de las compañías de seguros se basan en lo que es mejor para sus márgenes de beneficio.

Si bien no estamos directamente involucrados con ninguna compañía de seguros, haremos todo lo posible para ayudarlo a recibir los máximos beneficios. Para todos los procedimientos, se presentará un reclamo en su nombre a su compañía de seguros. Haremos un seguimiento y volveremos a llenar si es necesario Sin embargo, si no nos pagan en 45 días a partir de la fecha del servicio, el saldo será su responsabilidad. En este momento, podemos solicitar su ayuda para llamar a su compañía de seguros para ayudar a resolver cualquier problema pendiente. Los miembros de nuestro personal trabajan arduamente para ayudar a nuestros pacientes a maximizar sus beneficios de su compañía de seguros.

_____ COMPROMISO DE CANCELACIÓN (por favor inicial)

Entendemos que en cualquier ocasión las cancelaciones son necesarias, particularmente debido a una enfermedad. Sin embargo, recuerde que la hora de su cita está reservada exclusivamente para usted, y sin el tiempo adecuado para completar la cita interrumpida, el consultorio está vacío. Notifique dentro de las 48 horas si no puede asistir a su cita. Las 48 horas nos permitirán reprogramar esta cita con otra persona. Esta

política nos ayuda a mantener nuestros costos operativos lo más bajos posible para todos nuestros pacientes. Si los pacientes tienen un registro de 2 o más citas perdidas, podemos dudar en reprogramarlas. Por esta razón, programaremos un horario que sea más conveniente para usted. Entendemos que la vida sucede y las cosas cambian, solo pedimos una comunicación abierta y honesta con respecto a esos cambios.

_____ RAYOS X / FOTOGRAFÍA (por favor inicial)

Su visita inicial consistirá en una evaluación oral completo y un conjunto completo de radiografías y fotos. Los planes de seguro pueden no pagar las radiografías. Si su seguro niega la totalidad o parte de las radiografías, usted puede ser responsable de la diferencia. Las radiografías son necesarias en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Negarse a permitir que se tomen las radiografías necesarias puede hacer que el médico se niegue a diagnosticar o realizar un tratamiento hasta que se obtengan las radiografías necesarias. Se pueden tomar fotos para documentar adecuadamente su caso. Nos esforzamos por lograr lo mejor, y la fotografía nos permite seguir mejorando y ayudar a otros a aprender. Los casos documentados se pueden usar en el futuro con fines de aprendizaje o presentaciones. No se incluirá información personal.

He leído y entiendo la oficina y la política de cancelación

Nombre: _____
Fecha: ____/____/____

Firma: _____

Formulario de consentimiento para compartir información

Yo, _____, doy permiso para compartir información sobre:

- Mi tratamiento dental
- El costo y los arreglos financieros para mi tratamiento dental
- Mi información de salud personal
- Otro: _____

Doy permiso para compartir la información mencionada anteriormente con:

- Mi pareja / esposo nombre) _____
- Mi padre/ guardián (nombres) _____
- Mis hijos adultos (nombres) _____
- Otro: _____

Yo, _____, NO doy permiso para compartir NINGUNA información con respecto a mi tratamiento, arreglos financieros o información personal con las excepciones de lo que se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____

Fecha: