



Registro de Nuevo Paciente

DATOS PERSONALES

Fecha de Hoy:

Apellido:

Nombre:

Apodo:

Sexo: Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

Dirección de envío:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Tel. Casa:

Tel. Celular:

Tel. Trabajo:

Correo Electrónico:

Preferencia confirmación de la cita: Teléfono Texto Correo electrónico
(marque todas las que correspondan)

Empleador:

Ocupación:

Dirección del Trabajo:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Miembros de la familia que son pacientes en CFD:

Cómo se enteró de nosotros?:

Dentista Previo/Actual:

Fecha de la Última Visita:

Información de Contacto de Emergencia:

Su Nombre:

Relación:

Tiene seguro dental? Sí No

Sí tiene, por favor demuéstre al personal de la oficina una copia de su tarjeta.



HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Médico:

Tel.:

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

Actualmente, ¿Está Ud. Bajo atención médica?: Sí No

Sí tiene, explique:

¿Há tenido alguna cirugía en los últimos cinco años?: Sí No Fecha:

Sí tiene, explique:

¿Alguna vez ha tenido un reemplazo de articulación?: Sí No Fecha:

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta?: Sí No

Haga una lista de cada una:

¿Ha tomado alguna vez Fosamax o Phen-fen?: Sí No

Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?:

Aspirina Chlorhexidina Codeína Anestésicos Dentales

Eritromicina Yodo Joyas Látex

Metales Penicilina Tetraciclina

Otro:

PARA MUJERES:

¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas?: Sí No

¿Está Ud. embarazada?: Sí No Semana#?:

¿Está lactando?: Sí No



¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas medicos?

<input type="checkbox"/> Sangrado anormal <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Defecto congénito del corazón <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco (la historia familiar) <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/escarlata <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroide <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de drogas <input type="checkbox"/> Coyunturas/válvulas artificiales <input type="checkbox"/> Cáncer/quimioterapia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis (qué tipo:) <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Baja presión <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Alergias de temporada <input type="checkbox"/> Cirugía cardiaco <input type="checkbox"/> Herpes/ampollas de fiebre <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Prolapsia de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> Varicelas adultas <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (la historia familiar) <input type="checkbox"/> Úlceras
---	--	---

HISTORIAL DENTAL

Su salud dental es: Bueno Regular Pobre

¿Sufre de dolor en este momento?: Sí No

¿Ha tenido Ud. problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos?: Sí No

¿Sangran las encias? Sí No

¿Requiere Ud. de antibióticos antes del tratamiento dental?: Sí No

¿Cuántas veces al día se lava los dientes?: ¿Cuántas veces a la semana usa el hilo dental?:

Tipo de cerdas en el diente: Suaves Medianos Duras

¿Fuma Ud. o usa tabaco?: Sí No

La información que he proporcionado en este formulario es correcta lo mejor de mi conocimiento.

Firma:

Fecha:



POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Nos comprometemos a que su tratamiento tenga éxito. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra poliza, por favor lea y firme antes de algún tratamiento.

- El pago es debido en el momento del servicio.
- Si usted tiene seguro, esperamos que usted pague su porción estimada en el momento del servicio.
- Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito.
- Ofrecemos un plan de extensión de pago, con la aprobación del crédito.

Seguro

Somos un proveedor fuera de la red para todos los beneficios del seguro y como cortesía, nosotros procesaremos sus reclamaciones de seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros y es su responsabilidad asegurarse que tenemos su información de seguro correcta y actualizada. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que ofrecemos no son cubiertos por su póliza de seguro. Requerimos que usted pague su porción estimada y deducible en el momento del servicio. Una vez que su compañía de seguros ha pagado sus beneficios, usted es responsable de cualquier saldo restante.

Precios Normales y Razonables

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y acostumbrado a nuestra área. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas normales.

Pagos Atrasados y Gastos de Cobranza

Pago es requerido al momento del servicio. Si su pago no es recibido entre 90 días, un cargo de interés con el 18% será cobrado a su cuenta cada mes. En caso de cualquier incumplimiento, Carbondale Family Dental puede declarar totalidad del saldo pendiente inmediatamente. Si Carbondale Family Dental asigna una agencia de cobranza, el paciente también será responsable por 30% del saldo principal como costo razonable de colección.

Los Pacientes Menores

El adulto que acompaña a un menor es responsable del pago.

Citas Perdidas

Le pedimos que por favor nos dé por lo menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Si usted falta su cita, le pedimos que proporcione una tarjeta de crédito para garantizar su próxima cita. Una cuota será evaluada para las citas perdidas repetidamente.

Gracias por entender nuestra Póliza Financiera. Por favor háganos saber si tiene preguntas acerca de esta poliza.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta Poliza Financiera. En el caso de que mi cuenta es entregada a una agencia de cobranza, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de cobranza razonables y gastos judiciales.

Firma del paciente/guardián:

Fecha:



AVISO DE PRIVACIDAD DE SALUD

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de su salud privada. Estamos obligados por ley a darle aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene usted sobre ello.

Reconozco que he recibido/leído una copia del Aviso de las Pólizas de Privacidad de Carbondale Family Dental.

Firma del paciente/guardián:

Fecha: