

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (_____) _____

Paciente _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón
<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta
<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja
<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios
<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos
<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales
<input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso
<input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico
<input type="checkbox"/> Diarrea Crónica
<input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias
<input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas
<input type="checkbox"/> Alergias Generales
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre
<input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dieta Especial
<input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros
Trastornos Inmunosupresores
<input type="checkbox"/> Embolia Cerebral
<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Drogaadicción
<input type="checkbox"/> Hemofilia |
|---|--|---|

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente
Nombre del menor/niño

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha Firma del Paciente

Fecha Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha Firma del Paciente

Fecha Firma del Dentista

Pouradib Preferred Dental Corporation

2801 Yulupa Avenue Ste A | SANTA ROSA CA, 95405 | (707) 544-8338

Polisa Financiera Escrita

Gracias por escoger Preferred Dental Care. Nuestra Mision principal es proporcionar el mejor servicio detallado que hay disponible para ustedes. Una porcion importante de nuestra mision es hacer el costo del tratamiento de nuestros pacientes manejable, ofreciendoles diferentes opciones de pagos.

Opciones de Pagos:

Puede escoger de:

- Cheques, Efectivo, Visa o MasterCard
Ofrecemos el 5% de ajuste de cuenta por cortesia al paciente mientras pague con efectivo o cheque hantes de terminar el tratamiento.
- Pagos SIN INTERES¹ por parte de CareCredit
 - * Permite pagar sobre tiempo SIN INTERES¹
 - * Tambien disponible convenientes pagos mensuales bajos,²
 - * No hay cargos anuales o multas por pago anticipado

Tenga en cuenta:

El pago total se debe en el momento del servicio. Para tratamiento que requiere mas de una cita se pueden proporcionar arreglos alternativos de pago. El 10% de deposito es necesario para garantizar su cita de su tratamiento inicial.

Para los pacientes con seguro dental estamos encantados de trabajar con su compania de seguros para maximizar sus beneficios y directamente cobrarles para el reembolso de su tratamiento.³ Sin embargo la porcion estimada del paciente es colectado en el momento. Las cuentas de servicio no pagado dentro de 90 dias estan sujetos a un cargo financiero de 18% mensual.

Un cargo de \$75 por hora sera cobrada a los pacientes que falten o cancelen citas sin aviso previo de 24 horas.

La Corporacion Preferred Dental Care cobra \$25 por cheques devueltos por el banco pro falta de fondos.

Si usted tiene alguna pregunta por favor no dude en preguntar, estamos aqui para ayudarle a obtener el tratamiento que necesita o desea.

Firma del Paciente, Padre o Guardian del Paciente

Nombre del Paciente (En Letra De Imprenta)

1. Si se paga dentro del periodo promocional. De lo contrario, el interes desde la fecha de compra. Los pagos mensuales minimos requeridos.

2. Sujeto a la aprobacion de credito

3. Sin embargo, si no recibimos el pago de su compania de seguros dentro de los 60 dias, usted sera responsable del pago de sus cuotas de tratamiento

Y recogida de sus beneficios directamente de su compania de seguros.