

REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Apellido(s) _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ NSS _____ Sexo _____ Estado civil _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Núm de cel. _____ Núm de casa _____ Correo electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Núm de teléfono del contacto de emergencia _____

Tipo de referencia (¿Cómo supo de nosotros?) _____

PERSONA RESPONSABLE/AVAL DE CUBRIR LOS GASTOS (Si es usted mismo, pase a la siguiente sección)

Apellido(s) _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ NSS _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Núm de cel _____ Núm de casa _____ Correo electrónico _____

TIENE SEGURO DENTAL PRIMARIO ☐ SÍ ☐ NO

Nº de grupo/Nombre _____

Nombre del seguro _____

Teléfono _____

Nombre de la empresa _____

Apellido y nombre del afiliado _____

Núm de identificación del afiliado _____

Fecha de nacimiento _____

NSS del afiliado _____ (*Requerido por algunos seguros)

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Relación con el paciente _____

TIENE SEGURO DENTAL SECUNDARIO ☐ SÍ ☐ NO

Nº de grupo/Nombre _____

Nombre del seguro _____

Teléfono _____

Nombre de la empresa _____

Apellido y nombre del afiliado _____

Núm de identificación del afiliado _____

Fecha de nacimiento _____

NSS del afiliado _____ (*Requerido por algunos seguros)

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Relación con el paciente _____

CONSENTIMIENTO

- A todos los pacientes nuevos se les programará una consulta para su primera visita. Esta consulta incluye un examen oral, radiografías y un plan de tratamiento. Antes del examen oral completo de dientes, encías, y boca, el doctor repasará su historial médico, historial dental y cualquier preocupación de salud oral. Durante esta cita se tomarán radiografías y fotografías intraorales. El médico no realizará el examen oral sin radiografías, ya que le permiten ver debajo de las encías para detectar pérdida ósea, caries y acumulación de sarro. Esto ayudará a realizar el diagnóstico adecuado. Si tiene radiografías recientes pueden ser enviadas a nosotros desde otra oficina dental, sin embargo, deben ser de calidad diagnóstica y de no más de seis meses de antigüedad. Tenga en cuenta que no se garantiza una LIMPIEZA dental el mismo día de su consulta. Primero tenemos que determinar sus necesidades y preocupaciones dentales y luego adaptar su tratamiento de higiene. La consulta concluye con un plan de tratamiento adaptado a sus necesidades y diseñado para evitar que los pequeños problemas se hagan más grandes y costosos.
- Por la presente autorizo al personal a tomar radiografías, fotografías y cualquier otro medio de diagnóstico que considere oportuno para realizar un diagnóstico exhaustivo de mis necesidades dentales. Sobre tal diagnosis, autorizo para realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente convenido por mí y para emplear tal ayuda según lo requerido para proporcionar cuidado apropiado. Autorizo el uso de la medicación y terapia adecuadas que se consideren necesarias.
- Por la presente autorizo el pago de las prestaciones odontológicas, que de otro modo me corresponderían, directamente al consultorio. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios y materiales dentales no pagados por mi plan de beneficios dentales.
- Firmando abajo, certifico que leo y escribo español y he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina antedichas.

Firma del paciente o de la persona responsable _____ **Fecha** _____

INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico?	☐ No ☐ Sí	En caso afirmativo, explique _____
¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado?	☐ No ☐ Sí	En caso afirmativo, especifique la enfermedad o problema _____
¿Ha tenido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello?	☐ No ☐ Sí	En caso afirmativo, explique _____
¿Está tomando actualmente algún medicamento, pastillas o fármacos?	☐ No ☐ Sí	En caso afirmativo, especifique cuáles _____
¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	☐ No ☐ Sí	
¿Ha tomado alguna vez el medicamento para controlar la dieta Fen-Phen?	☐ No ☐ Sí	
¿Consumo bebidas alcohólicas?	☐ No ☐ Sí	
¿Masca / fuma tabaco en cualquiera de sus formas?	☐ No ☐ Sí	
¿Consumo sustancias controladas?	☐ No ☐ Sí	

¿ES USTED ALÉRGICO A?

Aspirina	☐ No ☐ Sí	Codeína	☐ No ☐ Sí	Goma de látex	☐ No ☐ Sí
Anestésicos locales	☐ No ☐ Sí	Acrílico	☐ No ☐ Sí	Metales	☐ No ☐ Sí
Penicilina	☐ No ☐ Sí	Sulfonamidas	☐ No ☐ Sí	Otros	☐ No ☐ Sí

SOLO MUJERES: ¿ESTÁ USTED...?

Embarazada / Intentándolo	☐ No ☐ Sí	Tomando anticonceptivos	☐ No ☐ Sí	Lactando	☐ No ☐ Sí
---------------------------	---	-------------------------	---	----------	---

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?

Infección por SIDA/VIH	☐ No ☐ Sí	Enfermedad de Alzheimer	☐ No ☐ Sí	Anafilaxia	☐ No ☐ Sí
Anemia	☐ No ☐ Sí	Angina	☐ No ☐ Sí	Artritis / Gota	☐ No ☐ Sí
Válvula cardíaca artificial	☐ No ☐ Sí	Articulación artificial	☐ No ☐ Sí	Asma	☐ No ☐ Sí
Enfermedad autoinmune	☐ No ☐ Sí	Enfermedad de la sangre	☐ No ☐ Sí	Transfusión de sangre	☐ No ☐ Sí
Problema respiratorio	☐ No ☐ Sí	Moretones con facilidad	☐ No ☐ Sí	Cáncer	☐ No ☐ Sí
Quimioterapia	☐ No ☐ Sí	Dolores en el pecho	☐ No ☐ Sí	Aftas / llagas bucales	☐ No ☐ Sí
Trastorno cardíaco congénito	☐ No ☐ Sí	Convulsiones	☐ No ☐ Sí	Medicamentos con cortisona	☐ No ☐ Sí
Diabetes	☐ No ☐ Sí	Drogadicción	☐ No ☐ Sí	Dificultad para respirar	☐ No ☐ Sí
Enfisema	☐ No ☐ Sí	Epilepsia / Ataques	☐ No ☐ Sí	Sangrado excesivo	☐ No ☐ Sí
Sed excesiva	☐ No ☐ Sí	Desmayos / mareos	☐ No ☐ Sí	Tos frecuente	☐ No ☐ Sí
Diarrea frecuente	☐ No ☐ Sí	Dolores de cabeza frecuentes	☐ No ☐ Sí	Herpes genital	☐ No ☐ Sí
Glaucoma	☐ No ☐ Sí	Alergia al polen	☐ No ☐ Sí	Ataque/insuficiencia cardíaca	☐ No ☐ Sí
Enfermedad / Problema cardíaco	☐ No ☐ Sí	Soplo cardíaco	☐ No ☐ Sí	Marcapasos cardíaco	☐ No ☐ Sí
Hemofilia	☐ No ☐ Sí	Hepatitis A	☐ No ☐ Sí	Hepatitis B o C	☐ No ☐ Sí
Herpes	☐ No ☐ Sí	Hipertensión arterial	☐ No ☐ Sí	Colesterol alto	☐ No ☐ Sí
Urticaria / Erupción cutánea	☐ No ☐ Sí	Hipoglucemia	☐ No ☐ Sí	Latidos irregulares	☐ No ☐ Sí
Problemas renales	☐ No ☐ Sí	Leucemia	☐ No ☐ Sí	Enfermedad hepática	☐ No ☐ Sí
Presión arterial baja	☐ No ☐ Sí	Enfermedad pulmonar	☐ No ☐ Sí	Prolapso de la válvula mitral	☐ No ☐ Sí
Osteoporosis	☐ No ☐ Sí	Espina bífida	☐ No ☐ Sí	Enfermedad paratiroidea	☐ No ☐ Sí
Atención psiquiátrica	☐ No ☐ Sí	Tratamientos con radiación	☐ No ☐ Sí	Pérdida de peso reciente	☐ No ☐ Sí
Diálisis renal	☐ No ☐ Sí	Fiebre reumática	☐ No ☐ Sí	Reumatismo	☐ No ☐ Sí
Fiebre escarlata	☐ No ☐ Sí	Herpes zóster	☐ No ☐ Sí	Anemia falciforme	☐ No ☐ Sí
Problemas de sinusitis	☐ No ☐ Sí	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	☐ No ☐ Sí	Enfermedad estomacal / intestinal	☐ No ☐ Sí
Apoplejía	☐ No ☐ Sí	Hinchazón de extremidades	☐ No ☐ Sí	Enfermedad de la tiroides	☐ No ☐ Sí
Amigdalitis	☐ No ☐ Sí	Tuberculosis	☐ No ☐ Sí	Tumores / Crecimientos	☐ No ☐ Sí
Úlceras	☐ No ☐ Sí	Enfermedades venéreas	☐ No ☐ Sí	Ictericia amarilla	☐ No ☐ Sí
Algo no mencionado anteriormente	☐ No ☐ Sí				

COMENTARIOS ADICIONALES _____

Hasta donde alcanza mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas con exactitud. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente o de la persona responsable _____ Fecha _____

CUESTIONARIO DENTAL

Motivo de la visita _____

Fecha de su último examen _____ Fecha de su última limpieza _____

Fecha de su última serie completa de radiografías _____ Fecha de la última detección de caries _____

Nombre de su dentista anterior _____ Número de teléfono _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

El agua que bebe, ¿es fluorada? ☐ No ☐ Sí ¿Le sangran las encías al cepillarse o usar hilo dental? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene los dientes sensibles al calor, al frío o a los dulces? ☐ No ☐ Sí ¿Le salen con frecuencia aftas, úlceras bucales o llagas en los labios o en la boca? ☐ No ☐ Sí

¿Ha tenido alguna vez ardor en la lengua o grietas en las comisuras de los labios? ☐ No ☐ Sí ¿Nota chasquidos, crujidos o dolor en las mandíbulas o puntos justo delante de las orejas? ☐ No ☐ Sí

¿Aprieta o rechina los dientes? ☐ No ☐ Sí ¿Lleva prótesis dentales o parciales? En caso afirmativo, indique la fecha de colocación. ☐ No ☐ Sí

¿Está contento con su dentadura postiza? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene algún problema específico con sus dientes, encías o boca en este momento? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene problemas de rotura de dientes/empastes? ☐ No ☐ Sí ¿Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de extracciones? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene o le han dicho alguna vez que tiene Piorrea (Enfermedad Periodontal)? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene dificultad para abrir ampliamente la boca? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene un sabor u olor desagradable en los dientes/boca? ☐ No ☐ Sí ¿Se le ator la comida entre los dientes? ☐ No ☐ Sí

COMENTARIOS ADICIONALES _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina _____

Nombre completo

Firma del paciente o de la persona responsable _____ **Fecha** _____

Sólo para uso del consultorio

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- ☐ El individuo se negó a firmar
- ☐ Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- ☐ Otra (Por favor, especifique) _____

POLÍTICA DEL CONSULTORIO

Gracias por elegir nuestras oficinas como su proveedor de atención médica dental. Creemos que todos los pacientes merecen el mejor cuidado dental que podemos proporcionar. Abajo están las políticas de nuestra oficina que requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestros formularios de registro de pacientes antes de ver al dentista.

Política Financiera

Con respecto al seguro:

Su información completa del seguro debe ser presentada en el momento en que se prestan los servicios. Las reclamaciones de seguros no pueden ser antedatadas. Se puede requerir la autorización previa de su seguro antes que cualquier trabajo pueda ser hecho para protegerlo de responsabilidades de pago inesperadas. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. El seguro dental no pretende ser un "paga-todo" sólo pretende ser una ayuda. La oficina archivará la solicitud en su nombre un máximo de dos veces como cortesía. Después de lo cual el paciente será facturado y puede solicitar una copia de la solicitud para presentar manualmente. Si tiene alguna duda sobre su cobertura, debe ponerse en contacto con su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer su cobertura. Hacemos todo lo posible para proporcionar para usted una estimación precisa con la información que usted y su seguro nos proporciona. Tenga en cuenta que sus estimaciones de responsabilidad del paciente son sólo una aproximación y pueden cambiar a medida que adquirimos más información de su seguro. Los co-pagos y deducibles del seguro deben ser pagados en el momento del servicio. Si por cualquier razón su seguro no paga su porción prevista para un procedimiento terminado, ese saldo se convertirá en la responsabilidad del paciente una declaración de saldo adeudado será generado y enviado a usted. Tenga en cuenta que el proceso de facturación del seguro y la auditoría de la cuenta del paciente puede ocurrir en algún momento después de la fecha de servicio. Siempre nos esforzamos para asegurar que toda la información de pago del seguro y las responsabilidades del paciente son correctas. Todas las facturas vencen y son pagaderas a los 30 días del servicio. Las facturas vencidas generarán un interés del 1,5% mensual (18% anual). En caso que sea necesario entregar su(s) cuenta(s) a una agencia de cobros o recurrir a un abogado, la parte responsable se compromete a pagar, además del importe adeudado, todos los gastos de cobro, las costas judiciales y los honorarios razonables de los abogados.

Respecto al pago:

Aceptamos las siguientes formas de pago: Efectivo, Cheque, Giro Postal, Visa, Mastercard, Discover, American Express y Care Credit. Todos los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de 25.00 dólares por cheque devuelto. Este cargo cubre los gastos de procesamiento que nuestra oficina incurre. El pago total se efectuará en el momento en que se presten los servicios, a menos que se haya llegado a un acuerdo por escrito entre el consultorio y el paciente. Para trabajos mayores (dentaduras, parciales, corona, etc.), se requiere un depósito del 50% para iniciar el procedimiento y el saldo restante se pagará contra entrega.

Política de reembolso:

Usted puede interrumpir el tratamiento y solicitar un reembolso en cualquier momento. Le devolveremos cualquier cantidad pagada por el tratamiento que no haya recibido. Tenga en cuenta que una vez finalizado el tratamiento, éste no es reembolsable. Esto incluye, pero no se limita a los servicios iniciales como exámenes, radiografías, limpiezas, etc. Todos los reembolsos serán procesados de nuevo a la forma original de pago, excepto los pagos en efectivo que serán reembolsados por cheque. Todas las solicitudes de reembolso, en efectivo o con tarjeta de crédito, pueden tardar hasta 15 días laborables en procesarse. Cualquier reembolso de pago originado a través de terceros prestamistas debe ser reembolsado a la cuenta original. Póngase en contacto con el prestamista externo para obtener más información sobre su política de reembolsos, ya que es posible que la tramitación de los reembolsos no se refleje en la cuenta hasta pasados 2 ciclos de facturación. Los reembolsos de prótesis (dentaduras postizas, dentaduras parciales, coronas, etc.) y aparatos (protectores nocturnos, alineadores transparentes, retenedores, mantenedores de espacio, etc.) están disponibles, sin embargo, todos los honorarios están incluidos en los precios de la prótesis o aparato. Estos honorarios incluyen los honorarios del material, los honorarios del laboratorio, los honorarios del trabajo y los honorarios del envío. Todos los honorarios del laboratorio se incluyen en el precio de cualquier prótesis, sin embargo, si usted elige interrumpir el tratamiento, el honorario del laboratorio todavía será cargado a su cuenta.

Política de inasistencia

Nuestra oficina define una cita "no concretada" como cualquier cita programada en la que el paciente: No acude a la cita; Cancela con menos de 24 horas de antelación; Llega con más de 10 minutos de retraso y, en consecuencia, no puede ser atendido.

Repercusiones de una cita "no concretada":

Las citas a las que un paciente no acude tienen un impacto negativo significativo en nuestra consulta y en la atención que prestamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programada. Puede poner en peligro la salud del paciente que no acude. Es injusto (y frustrante) para otros pacientes que podrían haber acudido a la cita y no sólo no respeta el tiempo del proveedor, sino tampoco el de todo el personal de la clínica.

Cómo evitar que un paciente no se presente:

Confirmación de la cita

Intentaremos ponernos en contacto con usted un día hábil y dos horas antes de su cita programada para confirmar su visita. Si no es posible comunicarnos con usted y debemos dejarle un mensaje, deberá comunicarse con la oficina antes de la cita; de lo contrario, la cita se cancelará y se marcará como "no concretada".

Llegue siempre con 5-10 minutos de antelación

Cuando usted programa una visita a la oficina con nosotros, esperamos que llegue a nuestra consulta 5-10 minutos antes de su cita. Esto permite tener tiempo para que usted y nuestro personal puedan abordar cualquier pregunta de seguros o facturación y/o para completar cualquier papeleo necesario previo a la cita.

Avise con 24 horas de antelación si necesita cancelar una cita

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, le rogamos que se ponga en contacto con nuestra oficina a más tardar 24 horas antes de la cita. Esto nos permite tener un tiempo razonable para determinar la forma más adecuada de reprogramar su consulta, así como darnos la oportunidad de volver a reservar la cita con otro paciente. Si faltan menos de 24 horas para su cita y surge algún imprevisto, tenga la cortesía de llamarnos por teléfono.

Consecuencias de no acudir a las citas

- Si usted falta a 3 o más citas dentro de 90 días, usted puede ser expulsado de la clínica.
- La expulsión del paciente queda a discreción de su dentista y del director de la clínica.
- Si se le expulsa de la clínica, se cancelarán el resto de sus citas programadas.
- Sólo se ofrecerán tratamientos dentales de urgencia durante los primeros 30 días de su expulsión.
- Su dentista y el director de la clínica tendrán en cuenta su solicitud de reingreso en la clínica transcurridos seis meses desde la carta de expulsión inicial.

Al firmar abajo, **certifico que leo y escribo español y que he leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina mencionadas arriba.**

Firma del paciente o de la persona responsable _____ **Fecha** _____