



Fecha _____

¿A quien le podemos agradecer por su recomendación? _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Nombre Preferido _____
Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____
No. de Teléfono *Casa _____ *Trabajo _____ * Celular _____
Email (Dirección Electrónica) _____
Sexo F/M Edad ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Estado Civil _____ # Seguro Social _____
Empleado por _____ Ocupación _____
Dirección del Trabajo _____ Teléfono del empleador _____
Nombre del Cónyuge _____ # de Teléfono _____

INFORMACION DEL GUARDIAN / PADRES (si aplica)

Nombre _____
Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____
No. de Teléfono *Casa _____ *Trabajo _____ * Celular _____
Email (Dirección Electrónica) _____
Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____
Empleado por _____ Ocupación _____
Dirección del Trabajo _____ Teléfono del empleador _____

¿Quien es el responsable de esta cuenta? _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL (Información del Asegurado)

Compañía de Seguro Dental _____
Nombre del que tiene el seguro _____ Fecha de nacimiento _____
No. del Seguro Social (SSN) _____ Relación con el paciente _____
No. de Póliza _____ No. de Grupo _____
No. de Teléfono Local o de la Unión _____ Fecha del Aniversario de Póliza _____

ASIGNACION Y LIBERACION

Yo, con mi firma certifié que yo (o mi dependiente) tengo cobertura con el siguiente seguro dental _____ y asigno directamente al doctor que le paguen por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los cargos que mi seguro dental no pague, o que no cubran. Por la presente, yo autorizo que el doctor libere toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios/prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma para que las prestaciones del seguro.

Firma del Responsable

Relación con el Responsable

Fecha

INFORMACION DE EMERGENCIA

¿A quien contactamos en caso de emergencia? _____ Relación _____
de Teléfono Casa _____ # Celular _____ # Tel. Trabajo _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy _____
 Dentista Anterior _____ No. de Teléfono _____ Ciudad/Estado _____
 Fecha de la Última Visita Dental _____ Fecha de las Últimas Radiografías _____
 Fecha de la Última Limpieza Dental _____ Regular _____ Profunda _____
 ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Cuántas veces usa el hilo dental? _____
 ¿Qué otros instrumentos dentales usa? Cepillo Dental Manual _____ Suave _____ Mediano _____ Duro _____
 Palillo _____ Enjuague Bucal _____ Cepillo Eléctrico _____ Otro _____
 ¿Alguna vez ha recibido instrucción higiénica? Si / No _____ ¿Hace cuanto? _____
 ¿Le gusta su sonrisa? Si / No _____
 ¿Cómo se siente acerca de la apariencia de sus dientes y su sonrisa? _____
 ¿Qué le gustaría cambiar? _____

Indique Circulando SI o NO, si ha tenido o tiene alguno de los siguientes:

Herpes Labial, crecimiento bucal	S N	Sensibilidad al morder	S N	Dolor alrededor del oído (D) (I)	S N
Dolor o Sangrado de las encías	S N	Sensibilidad a lo dulce	S N	Cambio/Deslice en la mordida	S N
Ampollas en labios o boca	S N	Sensibilidad a lo frio	S N	Dolor en articulación mandibular	S N
Sensación de ardor en lengua	S N	Sensibilidad a lo caliente	S N	Rechinar los dientes	S N
Encías inflamadas	S N	Detener objetos ajenos con dientes	S N	Apretar los dientes	S N
Boca Seca	S N	Muerde con un lado de la boca	S N	Mastica Tabaco	S N
Mal Aliento	S N	Muerde las uñas	S N	Fuma Cigarro, Pipa, Puro	S N
Respiración por la boca	S N	Muerde el labio o el cachete	S N	Dificultad con tratamiento dental	S N
Dientes flojos	S N	Clic o Pop de la mandíbula (D) (I)	S N	Problemas para anesthesiarse	S N
Empastes/Diente(s) Rotos	S N	Dificultad en abrir o cerrar la boca	S N	Usa guarda oclusal	S N
		Mandíbula cansada por las mañanas	S N	Estrés o presión Excesiva	S N

¿Ha tenido alguna lesión grave en la boca o en la cabeza? S N Favor de describir lesión y causa _____

Colección de comida entre los dientes S N Favor de indicar la ubicación _____

Extracciones S N

Endodoncia (Tratamiento de Canal) S N

Tratamiento Periodontal (de las Encías) S N En caso afirmativo, indique cual tratamiento:

- Cirugía Ósea (en los huesos) Fecha _____
- Injertos de tejido de Encía o blando Fecha _____
- Manejo de Tejido (Raspado, Alisado, Curetaje) Fecha _____

¿Se siente nervioso al tener un tratamiento dental? S N

¿Ha tenido una mala experiencia dental? S N _____

¿Existe alguna otra cosa que debemos saber acerca de cualquier tratamiento dental que haya tenido? S N

En caso afirmativo, favor de explicar _____



HISTORIA MÉDICA

Nombre de su Medico General _____ Fecha del Último Examen _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Ha estado bajo algún tratamiento medico durante los últimos dos años? _____ S N

En caso Afirmativo, ¿cuál y por qué? _____

Ha notado, tenido o tiene alguno de los siguientes, Indique SI o NO:

SIDA / VIH Positivo	S N	Enfisema	S N	Marcapaso	S N
Alcoholismo / Abuso de Drogas	S N	Epilepsia o Convulsiones	S N	Problemas Psicológicos	S N
Anemia	S N	Desmayos o Mareos	S N	Tratamiento Psiquiátrico	S N
Artritis, Reumatismo	S N	Glaucoma	S N	Tratamiento de Radiación	S N
Válvulas del Corazón Artificial	S N	VPH (Virus Papiloma Humano)	S N	Enfermedad Respiratoria	S N
Asma	S N	Dolores de Cabeza	S N	Fiebre Reumática	S N
Problemas de Espalda	S N	Soplo Cardíaco	S N	Escarlatina	S N
Sangrado Anormal	S N	Problemas Cardíacos	S N	Falta de Aliento (Respiración)	S N
Enfermedad de la Sangre	S N	Hemofilia	S N	Anemia de Células Falciformes	S N
Transfusión de Sangre	S N	Hepatitis ¿Tipo? _____	S N	Problemas de Seno Maxilar	S N
Cáncer ¿Dónde? _____	S N	Herpes	S N	Erupciones / Salpullido en la piel	S N
Dependencia Química	S N	Presión Alta (Hipertensión)	S N	Problemas Estomacales	S N
Quimioterapia	S N	Colesterol Alto	S N	Ataque Cerebrovascular	S N
Problemas Circulatorios	S N	Ictericia	S N	Hinchazón de pies o tobillos	S N
Cardiopatía Congénita	S N	Dolor en la mandíbula	S N	Inflamación de Ganglios de Cuello	S N
Lentes de Contacto	S N	Articulación Artificial ¿Cuándo? _____	S N	Problemas de la Tiroides	S N
Tratamientos de Cortisona	S N	Enfermedad Renal (Riñón, Vejiga)	S N	Amigdalitis	S N
Tos Persistente / Con Sangre	S N	Enfermedad del Hígado	S N	Tuberculosis	S N
COVID-19 ¿Cuándo? _____	S N	Presión Baja (Hipotensión)	S N	Tumor/Crecimiento en Cabeza o Cuello	S N
Quiste/Tumor ¿Dónde? _____	S N	Prolapso de la Válvula Mitral	S N	Úlceras	S N
Diabetes A1C _____	S N	Trastornos Neurológicos	S N	Enfermedades Venéreas	S N
Dieta (Restricta / Especial)	S N	Problemas de Ansiedad o Nervioso	S N	Perdida o Subida de Peso, Inexplicable	S N

Alergias [] NINGUNA [] Amoxicilina [] Aspirina [] Barbitúricos [] Codeína [] Epinefrina [] Eritromicina [] Keflex [] Yodo [] Látex [] Lortab [] Penicilina [] Sulfito [] Sulfa [] Tetraciclina [] Otro _____

Liste todos los medicamentos que este tomando (Nombre y Dosis) _____

¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no este mencionado previamente? SI NO

En caso Afirmativo, favor de explicar: _____

¿Tiene que tomar antibióticos antes de cualquier tratamiento dental? SI NO ¿Está tomando Anticoagulantes? SI NO

¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad grave durante los últimos cinco años? SI NO Cuando? _____

En caso Afirmativo, Favor de Explicar: _____

Mujeres: ¿Está embarazada? SI NO ¿Para cuándo nace? _____ ¿Está lactando? SI NO ¿Toma Anticonceptivos? SI NO

Yo entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme un tratamiento dental en una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Si es preciso adicionar alguna información en el futuro, usted tiene permiso de preguntarle a mi proveedor de atención médica o agencia quien le puede proporcionar esa información. Le notificare al dentista de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del Paciente / Padre / Guardián _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____



CONSENTIMIENTO DE LAS POLIZAS DE SERVICIOS, CITAS Y PAGOS

Dental Faith está encantado de cuidar de sus necesidades dentales. Favor de ayudarnos conociendo nuestras pólizas de cita y pagos.

Cancelar o No presentarse a una Cita

Si usted necesita cancelar una cita, favor de notificarnos **por lo menos con 48 horas de anticipo** para citas de Martes a Sábado y antes de las 10:00am del Viernes para las citas del Lunes. Si no podemos confirmar su cita, se le dará a otro paciente. **Se le cobrará \$50.00** si no se presenta o no cancela su cita con 48 horas de anticipación. Si usted tiene una emergencia y es imposible notificarnos con las 24 horas que requerimos, por favor notifíquenoslo y discutiremos su situación.

Favor de NO cancelar su cita con un mensaje de voz o con un texto. En lugar, favor de hablar con nosotros para evitar cualquier confusión. Nuestras horas de trabajo son de Lunes a Viernes de las 9:00am a las 6:00pm y Sábados de las 8:30am a las 3:30pm.

Por favor llegue 10 minutos antes a su cita. Si llega 15 minutos tarde o más a su cita es probable que tenga que reprogramarla a menos que nuestro horario todavía pueda acomodarlo.

Vigilancia en la Clínica Dental

Todas las actividades dentro del consultorio están bajo vigilancia y grabación continua visual y auditiva. Nos adherimos a todas las directrices de HIPPA en relación de todas las grabaciones y a todos los registros de la clínica dental.

Pagos al momento del tratamiento

Los pagos por cualquier tratamiento se pagarán en su totalidad al momento de que se inicie el tratamiento, al menos de que usted se haya comprometido en un acuerdo de pagos con nosotros. Si estamos mandando los documentos y haciendo las reclamaciones, de parte de usted, a su seguro dental para obtener pagos, favor de leer la siguiente sección para la explicación de pagos.

Reclamación de Seguro Dental

Si nosotros mandamos los documentos por usted, usted tendrá que pagarnos su porción estimada del deducible que indique su contrato con el seguro dental y la cantidad estimada que nosotros calculamos que no cubrirá su seguro dependiendo de lo que obtenemos al momento de verificar su seguro dental.

Tratamos de obtener la información mas adecuada y correcta acerca de los beneficios de su seguro dental y la cobertura que tiene antes de cualquier tratamiento, pero NO podemos estar seguros de que pague su seguro, tal vez, hasta que se mande el reclamo al seguro y la compañía de su seguro dental haya pagado su pago en ese entonces sabremos cuanto es la cantidad que usted tiene que pagar. No es inusual que las compañías de seguros dentales nos proporcionen la información incorrecta o errónea acerca de su seguro y su cobertura. Esto es muy importante porque usted será responsable por el tratamiento por completo, sea o no que el su seguro dental nos haya proporcionado con sus beneficios dentales.

Pagos/Cheques que no tengan fondos

Tenga mucho cuidado al darnos un cheque o realizar un pago sin fondos. Este tiempo es tiempo perdido de nuestros empleados porque tienen que lidiar con cheques que son regresados. Por cierta razón, nosotros le cobraremos \$30.00 por cada cheque que sea regresado sin que sea pagado. Si su pago ha sido rechazado en el pasado, no le aceptaremos más cheques personales en el futuro como pago de sus servicios dentales.

Copiar y/o Transferir sus Radiografías

Usted tiene el derecho de obtener sus radiografías. Al completar el formato de autorización, se enviarán dentro de 2-3 días labores después de haber recibido la solicitud por escrito. Para proporcionar una copia electrónica o en papel, le cobraremos una tarifa administrativa de \$25.00.

Interés en pagos retrasados

Favor de pagos sus cargos a tiempo. Nosotros dependemos de que los pagos se realicen a tiempo de parte de nuestros pacientes y de las compañías de seguros dentales. Se le cobrará un interés de 1.5% por mes (18% anual) a su cuenta por cargos que no sean pagados dentro de los primeros 30 días. Le recomendamos a nuestros pacientes que entiendan su seguro dental, sus beneficios y que monitoreen sus planes para que se realice el pago a tiempo.

Costos de Colecciones

Si necesitamos usar una agencia de terceras personas o un abogado para realizar cualquier colección de pagos, se le cargará a su cuenta los gastos de este servicio. Estos servicios incluyen la comisión de la agencia de colecciones, y si tiene extra-cargos que se hayan acumulado antes de empezar la demanda de colección, los gastos por los servicios de abogado y su comisión, y los gastos de corte. Si su cuenta se a referido a la agencia de colecciones y se ha colectado lo que debe en la cuenta antes de empezar una demanda de colección, se le aumentará el 43% a la cantidad principal de lo que debe para que el consultorio recupere por completo lo que se le debe después de pagarle a la agencia de colecciones.

Menores de Edad

El Menor siempre tendrá que estar acompañado por un adulto, este será responsable de los pagos de servicio que se hagan en esa cita. Si los padres están dando autorización para que otro adulto este presente, el permiso tendrá que estar llenado antes de la cita del menor.

Doy mi consentimiento y autorización para que usen o desglosen cualquier información protegida pertinente a mi salud para poder obtener cualquier pago que estén relacionados con las reclamaciones que se realicen a mi seguro dental. Yo estoy de acuerdo y entiendo las pólizas y cargos.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente / Padre / Guardián _____ Fecha _____



**Reconocimiento de haber recibido la
Notificación sobre Prácticas Relacionadas con la Confidencialidad (HIPAA)
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES - SPANISH**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Yo he leído la copia impresa de la Notificación sobre las Practicas Relacionadas con la Confidencialidad de Dental Faith. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia impresa de esta Notificación si la solicito.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha: _____

Si es aplicable:

Nombre del Representante del Paciente: _____ Teléfono #: _____

Relación/Parentesco con el Paciente: _____

Dirección del Representante: _____

Autorizo a las siguientes personas a recibir información acerca de mis citas, tratamiento y/o cuenta:

Nombre	Relación	Teléfono #
--------	----------	------------

Nombre	Relación	Teléfono #
--------	----------	------------

INFORMACION DE SU FARMACIA

NOMBRE: _____ **TELEFONO:** _____

DIRECCION: _____

PARA USO DEL CONSULTORIO SOLAMENTE

Please complete the following only if the acknowledgment section above has not been signed by the patient or the patient's personal representative; We made a good faith effort to obtain a written Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices, but an acknowledgment could not be obtained because (please check one or more as appropriate):

- _____ The patient or the patient's personal representative refused to sign.
- _____ A communication barrier prevented us from obtaining an acknowledgment.
- _____ An emergency situation prevented us from obtaining an acknowledgment.
- _____ Other (please explain) _____

Completed by: _____ Position: _____

Staff member's initials: _____ Date completed: _____