

# Información de Paciente (CONFIDENCIAL)

Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Neighborhood Dental ahora puede confirmar citas por correo electrónico o texto.

Por favor marque su preferencia:

Correo Electrónico  Texto  Teléfono de Casa  Teléfono Móvil

Estas dispuesto a estar en una lista de llenado rápido?  Sí  No

*Los pacientes reciben un 10% de descuento en tratamiento o \$20 de crédito para el examen de rutina y limpieza cuando se toma una cita de llenado rápido. Usted puede recibir muchas llamadas telefónicas cuando hay cancelaciones.*



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Mujer  Hombre  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Si Eres Estudiante de Tiempo Completo, Nombre de Escuela/Colegio \_\_\_\_\_  
Ciudad de Escuela/Colegio \_\_\_\_\_ Estado de Escuela/Colegio \_\_\_\_\_  
Empleador de Paciente o Padres/Guardián \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de Pareja o Padres/Guardián \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_  
Persona de Contacto En Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable (SI ES EL MISMO AL PACIENTE, POR FAVOR SIGUE AL SIGUIENTE SECCION)

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## Información de Seguro

(SI LA TARJETA (S) ESTAN DISPONIBLES, POR FAVOR SIGUE AL SIGUIENTE SECCION)

### SEGURO PRIMARIO

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social o ID \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
Compania de Seguros \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza \_\_\_\_\_

### SEGURO SECUNDARIA

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social o ID \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
Compania de Seguros \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza \_\_\_\_\_

## Historia Dental del Paciente

Nombre del dentista y ubicación anterior \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen \_\_\_\_\_

1. Alguna vez ha sido diagnosticado con la enfermedad peridental? \_\_\_\_\_
2. Como calificara su sonrisa en una escala del 1 a 10? \_\_\_\_\_
3. Que cambios esta dispuesto a hace para mejorar su sonrisa? \_\_\_\_\_

Over Please...

# Historial Medico del Paciente

Medico \_\_\_\_\_ Numero de Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Examen \_\_\_\_\_

- |  | Si                       | No                       |   | Si                       | No                                  |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Estas bajo tratamiento medico ahora?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Alguna vez has tomado Fen-Phen/Redux? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna enfermedad seria o cirugía en los últimos 5 años? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Se utiliza el Tabaco? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Sí su respuesta es sí, entonces por favor explique: _____  |                          |                          | 7. Se utiliza sustancias controladas? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| _____  |                          |                          | 8. Estás tomando anti-coagulantes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| _____  |                          |                          | 9. Estás tomando bisfosfonatos? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Estás tomando algún medicamento (s), incluyendo medicamentos sin receta? .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Tienes Hepatitis o Ictericia?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Sí su respuesta es sí, que medicamento (s) está tomando? _____   |                          |                          | 11. Tiene una tos persistente ahora o se sana su garganta sin una enfermedad conocida |                          |                                     |
| _____  |                          |                          | 12. Tiene o ha tenido alguna vez la siguiente? (que dura mas de 3 semanas)? .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

## 4. Pre Medicina

Necesita o le ha recomendado su médico un antibiótico premedicado antes del tratamiento dental?

válvula de corazón artificial \_\_\_\_\_

Los anestésicos locales (por ejemplo, Novocaina) .....

Penicilina o cualquier otro antibiótico (por favor indique) .....

Las sulfamidas.....

Barbitúricos .....

Sedantes.....

Yodo .....

Aspirina .....

Los metales (por ejemplo Níquel, Mercurio, eta.) .....

Goma de látex .....

Otros (por favor indique) .....

4. Es usted alérgico o ha tendió alguna reacción a la siguiente? \_\_\_\_\_

- |                                  | Si                       | No                       |   | Si                       | No                       |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| La Presión Arterial Alta.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumática.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos/Convulsiones..          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame Cerebral.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión Arterial Baja.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de Radiación..                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/Convulsiones ...       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hígado                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del Corazón .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Renal.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la Válvula Mitral.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección del SIDA o el VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo de la Articulación o Implante.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema de la Tiroides          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros (por favor indique) .               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del Corazón.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| Marca-pasos Cardíaco...          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| Soplo en el Corazón .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| Anemia.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

13. Solo Mujeres:

- a) Esta usted embarazada o cree que puede estar embarazada? ...
- b) Estas amamantando?.....
- c) Esta tomando anticonceptivos orales? .....

Firma del Paciente (o el padre/guardián del menor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Nuestra mision en Neighborhood Dental es ahorrarle a nuestros pacientes dolor, tiempo y dinero.

Antes de empezar cualquier tratamiento hablaremos con usted de las opciones que tiene, tanto financieras como de tratamiento para que no tenga sorpresas.

Su porción de pago es requerida el día que se le realice el tratamiento, aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, MasterCard, Visa, Discover y Care Credit.

Care credit es disponible en nuestra oficina y ofrece extendidos planes de pago con una pre-aprobación de credito.

Pacientes de emergencia sin aseguranza, que son nuevos a nuestra oficina son requeridos a pagar el costo total de la visita al registrarse.

La aseguranza Dental es un contrato entre usted y su empleador, la cobertura varia altamente dependiendo el plan que tenga. Nuestra clinica solo recomienda tratamiento de acuerdo a nuestros estandares de cuidado. Muy aparte de si tiene cobertura dental o no. CUALQUIER BALANCE QUE SU ASEGURANZA DENTAL NO CUBRA ES SU RESPONSABILIDAD.

Nosotros enviaremos todos los costos de su visita a su aseguranza como una cortesia hacia usted. Si su aseguranza paga una cantidad diferente a lo que nosotros teniamos calculado por ejemplo, si usted pago de mas, nosotros le devolveremos su dinero, o si pago menos necesitamos que pague el balance dentro de los 30 dias que se le mando la primera factura.

Tiempo para su cita es reservado exclusivamente para usted y para beneficiarlo a usted nuestro apreciado paciente. Talvez lo llamemos para ofrecerle mover su cita si algo sale disponible antes de su cita planeada. Tambien nuestra clinica require que nos avise 24 horas antes de su cita si no va a poder asistir, ya que se le puede cobrar por citas perdidas o canceladas en menos de 24 horas. Si el paciente pierde 3 citas desafortunadamente ya no le podremos hacer citas, lo tendremos que poner en nuestra lista de citas para el mismo dia.

En caso de padres separados o divorciados de menores de edad, el padre que acompañe al menor el dia de la cita sera responsable de pagar la porción de la cita el dia que se le realizo el servicio.

Eh leído y entiendo la poliza financiera.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_