

Registración de Paciente

Nombre Completo: _____

Partido Responsable (Si no es el paciente)

Nombre Completo: _____
Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Número De Seguro Social: _____
Dirección: _____ Aptó #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono De Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Sexo: Masculino Femenino Referido: _____
Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
Suscriptor del seguro Seguridad Principal Seguridad Secundaria

Información de Paciente

Fecha De Nacimiento: _____ Número De Seguro Social: _____
Dirección: _____ Aptó #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono De Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Sexo: Masculino Femenino Referido: _____

Información de Seguridad Principal

Suscriptor del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____
Número de Identificación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información de Seguridad Secundaria

Suscriptor del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____
Número de Identificación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Relación al Paciente: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____



Polica Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Nuestro objetivo es brindarle a usted y a su familia una atención dental óptima. En nuestro compromiso continuo de proporcionar la atención dental de la más alta calidad disponible para todos nuestros pacientes y de que esos servicios sean asequibles, nos complace ofrecerle estas opciones de pago. **Por favor marque uno de los**

siguientes:

<input type="checkbox"/> TARJETAS DE CRÉDITO PERSONALES <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> PREPAGO Nos complace ofrecer un ajuste de cortesía del 5% por servicios superiores a \$ 300 cuando se paga por adelantado en su totalidad al programar su cita.
--	---

<p>Nos complace ofrecer dos opciones de financiación que nos son administradas por</p> <p><input type="checkbox"/> CRÉDITO DE CUIDADO **</p> <p>** El ajuste de prepago NO se aplica con las transacciones de CareCredit.</p> <p><input type="checkbox"/> REFLEXIÓN DENTAL EN PLAN DE OFICINA</p> <p>Consulte a nuestro personal administrativo para obtener detalles y solicitudes de crédito.</p>

SEGURO:

Nuestra oficina está comprometida a ayudar a los pacientes a maximizar sus beneficios. Verificaremos elegibilidad y cobertura para todos los seguros. Debido a la complejidad de los contratos de seguro, solo podemos estimar de buena fe, no garantizar la cobertura. Su parte estimada del paciente debe pagarse en el momento en que se presta el servicio. Como un servicio para nuestros pacientes, facturaremos a su compañía de seguros por los servicios y les daremos 45 días para que paguen. **Después de 60 días, usted es responsable de todo el saldo y deberá pagarse en su totalidad.**

Acepto que soy totalmente responsable del pago total de todos los procedimientos realizados en esta oficina. Esto incluye cualquier tratamiento que no sea un beneficio de ningún seguro dental que pueda tener. Entiendo que todos los servicios deben pagarse en su totalidad dentro de los sesenta (60) días de la fecha del servicio, independientemente de si se han recibido o no mis beneficios de seguro. Se cobrarán intereses del uno y medio por ciento (1.5%) por mes (18% por año) en las cuentas 60 días después de la fecha de tratamiento.

Citas Perdidas:

En Reflection Dental creemos en el respeto total de todos nuestros huéspedes y su tiempo. Los horarios de citas están reservados especialmente para usted. Si por algún motivo necesita cambiar su cita, hay un aviso de 48 horas. **Las citas perdidas que no se hayan reprogramado o cancelado con 48 horas de anticipación se cobrarán una tarifa de \$ 25 por inconvenientes.** Ayúdenos a brindarle un mejor servicio al cumplir con sus citas programadas. Las citas perdidas evitan que otra persona merecedora tenga la oportunidad de atender sus necesidades dentales.

Por favor, comprenda que el pago de los servicios y el cumplimiento de su cita programada se consideran parte de su programa de tratamiento. Su comprensión clara de nuestro acuerdo financiero y de cancelación es importante para nuestra relación profesional. Estamos aquí para ayudarlo de cualquier manera posible. Haga saber sus preguntas y preocupaciones a nuestro equipo. Nuestro objetivo es asegurarnos de que tenga una experiencia excepcional.

Firma (Parte responsable)

Coordinador financiero

Fecha



AVISO DE PRIVACIDAD

Al firmar este documento, usted está afirmando que ha recibido el “**Aviso de privacidad**” de Reflection Dental. Usted está en todo su derecho en negarse en firmar este documento.

Yo, _____, ha recibido el Avisos de privacidad de Reflection Dental.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Padre / Guardián Legal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para Uso De La Oficina

Atentamos obtener consentimiento por escrito de nuestro Aviso de Privacidad, obligatorio por ley, pero no obteníamos consentimiento porque:

Individual rechazo

Barreras de comunicación

Un emergencia

Other (Please Specify):
