



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

Gracias por confiar en nosotros! Haremos lo mayor posible por hacer un excelente trabajo. Si tiene alguna duda/pregunta no dude en llamarnos.

PATIENT INFORMATION

Nombre _____ Telefono _____ Celular _____
 SS # _____ FDN _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
 Domicilio _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Empleador _____ Numero de trabajo _____
 Nombre de esposo(a) _____ Telefono _____
 Nombre de la persona en caso de emergencia _____ Telefono _____
 Nombre de las persona (que no viva con usted) _____ Telefono _____
 Estudiante: Tiempo Complete Tiempo Parcial Escuela _____ Ciudad _____

	Familiares	Edad	Fecha de ultima visita al dentista
Espos(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre de persona responsable _____
 Relacion del paciente _____ Telefono _____ Telefono de trabajo _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 SS # _____ Numero De licencia de manejo _____
 Empleador _____ Ocupacion _____
 Domicilio de trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Seguro Dental Si No Seguro Secundario Si No
 Nombre del Subscritor de segur _____ Nombre del subscritor de seguro _____
 Relacion del paciente _____ Relacion del paciente _____
 SS # _____ FDN _____ SS # _____ FDN _____
 Empleador _____ Empleador _____
 Ins. Co. Or Plan _____ Ins. Co. Or Plan _____
 Union/Grp. Name _____ Union/Grp. Name _____
 Grupo o Poliza # _____ Grupo o Poliza # _____
 Fecha de empleo _____ Fecha de empleo _____

Para su conveniencia, Ofrecemos los siguientes metodos de pago. Seleccione la opcion preferible para usted. Pague en total en cada cita.
 Cash VISA Mastercard CareCredit GreenSky

Como escucho de esta oficina? Amigos/Familia Flyer Google Yelp Facebook Instagram Otro _____

Motivo de visita? Rutina Check-up Dolor Frenos Sonrisa Otro _____

CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD DE FINANCIAS

Certifico que (yo), entiendo, y apruebo de cual quier servicio dental y/o surgico que pueda ser necesario o recomendado, y el uso de anestesia local o general que pueda ser recomendado por el dentista. Tambien se me a explicado las consecuencias de un tratamiento no completo o no tratamiento en lo absoluto. Autorizo a mi dentista en que puedan dar mi informacion medica (incluida dental) a la aseguranza por razones de reclamacion a la aseguranza, evaluacion, revision, auditoria financiera se mantiene valida y efectiva de la fecha en que se firmo hasta que sea revocado en escrito.

Autorizo a mi aseguranza que pague directamente a mi oficina dental u de otra manera el pago puede ser enviado a mi. Entiendo que mi aseguranza no paga completamente y que yo soy responsable de lo que resta por pagar. Entiendo que algunos servicios dentales ocupen un co-pago. La cantidad del co-pago varia dependiendo de la aseguranza/Seguro dental que tenga y el procedimiento que se haga asi como el deducible anual de mi aseguranza, Comprendo que tiene que estar cubierto antes de comenzar mi tratamiento dental. Tambien comprendo que los co-pagos tienen que estar pagados al empezar tratamiento. Un cargo de 15% al mes y (18% anual) sera cargado a la cuenta que deba dinero si no es pagada entre los primeros 30 dias de la fecha que se le dio servicio.

Comprendo que tratamientos dentales por mi dentista que no esten cubiertos por mi aseguranza/Seguro dental terminara en un pago extra que sera cargado por tal servicio.

Tambien comprendo que no presentarme a mi cita sera un extra pago sin alguna llamada 24 horas antes para cancelar.

Paciente/Tutor Firma _____ Fecha _____

Tutor Firma _____ Fecha _____

	Presion arterial	Fecha	Seguro Dental
Año 1			
Año 2			
Año 3			
			Nombre
			Fecha De Nacimiento

Estas preguntas son para su beneficio y asegura que el tratamiento tomará en consideración a su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su preocupaciones dental, pero todas están asociadas con la atención adecuada de la salud oral. Por favor conteste cada pregunta y haga SÍ o NO según a su correspondencia.

Historia de Salud

1. Esta usted en buena salud? SI NO
2. Esta ahora bajo atencion medica?

Si es asi, que enfermedad se esta curando? _____

El Nombre y # de telefono de mi medico es _____

3. Ha estado hospitalizado de una enfermedad seria u operacion?
- Si es asi, explique? _____

4. Alguna vez a estado hospitalizado?
- Si es asi, explique? _____

5. Esta tomando medicamento? O Cualquier droga recreativa (extasis, cocaína, etc)
- Si es asi, explique? _____ Dosis? _____

6. Tiene sensibilidad o alergia a alguna medicina? Penicilina Tetraciclina Drogas solfas Aspirina Codeína
- Alguna otra? _____

7. Used tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

| Si | No |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |