

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente _____
No. de seguro social _____
Fecha _____
Teléfono particular _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Estado/
Dirección _____ Ciudad _____ Provincia _____ Código Postal/
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____ P.C. _____
Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado/
Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Provincia _____ Tiempo completo Tiempo parcial
Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado/
Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ Provincia _____ Código Postal/
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____ P.C. _____
Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el
Dirección _____ Paciente _____
Correo electrónico _____ Teléfono particular _____
No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____ Teléfono celular _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____
¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:
 Efectivo Cheque personal Trajeta de crédito VISA MasterCard Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Paciente _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Fecha de empleo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Teléfono del trabajo _____ Estado/
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____ Provincia _____ Código Postal/
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Paciente _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Fecha de empleo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Teléfono del trabajo _____ Estado/
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____ Provincia _____ Código Postal/
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____

Sigue en la hoja siguiente

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____

No. de teléfono de la consulta _____

- | | Sí | No | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Esta usando lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos? | | |
| Si la respuesta es sí, explique _____ | | | Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina o cualquier otro antibiótico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? | | | Medicamentos con Sulfa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algun medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Consume tabaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? | | | Látex/Goma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Otro (pro favor enumere) _____ | | |
| | | | 12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 13. Sólo Mujeres: | | |
| | | | a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | b) ¿Está amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiopatía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos Cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quedar Fácilmente sin Aliento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón de Tobillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del Heno/Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayo/Ataques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansancio Frecuente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión Arterial Baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de Peso Reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implante o Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas al Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA o Infección de VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades de transmisión sexual .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Estomacales/Úlceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros _____ | | |

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

- | | Sí | No | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o rechina los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula? | | | 14. ¿Usa prótesis totales o parciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chasquido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, fecha de postura _____ | | |
| Dolor (articulación, oído, costado de la cara) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para abrirla o cerrarla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Le gusta su sonrisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para mascar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) _____

Fecha _____

Comentarios del médico _____

Firma _____

Fecha _____

Formulario de consentimiento del paciente

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- *Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- * Obtener el pago de terceros pagadores
- *Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por usted de su **Notificación de Prácticas de Privacidad** que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho **Aviso de Prácticas de Privacidad** antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su **Aviso de Prácticas de Privacidad** de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la siguiente dirección para obtener una copia actual de la **Notificación de Prácticas de Privacidad**. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, también entiendo que no se requiere que acepte las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo entonces Usted está limitado a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura en un momento, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Nombre del paciente impreso: _____ Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Solicitud de comunicación confidencial

Nombre del Paciente: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____
Mes/ Día/ Año

Solicito que me contacten en las siguientes maneras de comunicacion (por teléfono, por correo o de cualquier otra forma) por Compton Family Dentistry y / o su personal de la siguiente manera:

*Para comunicaciones **Escritas:**

Dirección: _____

*Para comunicaciones **Orales:**

Llamar: _____

Si la dirección proporcionada arriba no es su dirección de casa o no es una dirección de calle, por favor proporciónenos una dirección de calle con el propósito de asegurar el pago. _____

Firma del Paciente _____

Padres/Guardian _____

Fecha _____

Compton Family Denistry
215 Farrar-Dr
Summerville, Georgia 30747
(706) 857-4850

Poliza Financiera

Gracias por elegir Compton Family Denistry para sus necesidades dentales. Esperamos entienda que nuestra poliza financiera es una parte necesaria para asegurar los recursos necesarios para mantener un cuidado dental de alta calidad, para nuestros pacientes y la comunidad.

Los cargos por servicios dentales deben ser pagados en el momento en que los servicios son prestados. Con mucho gusto aceptamos Visa, Mastercard, Discover, American Express, y Care Credit, al igual que cheques personales, money orders, y efectivo. Si usted está necesitando una opción financiera extendida, también trabajamos con CareCredit / GE Money Bank, quien ofrece opciones de pago diseñadas para satisfacer sus necesidades de plan de tratamiento en crédito aprobado. Solo pida a uno de los empleados una aplicación.

No podemos enfatizar lo importante que es para usted ser consciente de los requisitos y beneficios de su compañía de seguro. Su compañía de seguros puede negar el pago o reducir drásticamente el pago a usted por los servicios que se proporcionan si sus requisitos no se cumplen.

Si usted tiene seguro dental, debe entenderse que este es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros para pagar ciertas cantidades por cuidado dental. Su factura de médicos por otro lado, es un acuerdo entre usted y su médico. Usted es responsable del pago de la factura del médico sin tener en cuenta el estado de su reclamación de seguro.

Aseguranza: Por favor tenga su tarjeta de seguro con usted en el momento de su cita. Es su responsabilidad proporcionarnos la información correcta sobre el seguro. Los portadores de las compañías requieren que los deducibles se paguen antes de cualquier servicio. Trabajamos con literalmente cientos de empresas. Aunque podemos mantener un historial computarizado del pago por una compañía dada, cambian; Por lo tanto, **es imposible darle una cotización garantizada en el momento del servicio. Estimamos su porción basada en la información más actualizada que tenemos, pero es sólo una estimación.** Preautorización puede ser presentada a su compañía de seguros para el plan de tratamiento; Sin embargo, el plan de tratamiento aprobado no es una garantía de pago de la compañía de seguros.

Cheques Devueltos: Un cargo de \$ 30 se agregará a su cuenta por cualquier cheque devuelto por su banco por cualquier razón.

Colecciones: Las cuentas vencidas a(90) días están sujetas a ser entregadas a un agencia de colecciones exteriores. Si una cuenta es entregada, habrá un cargo sustancial cargado por la agencia. El paciente es responsable del cargo de la agencia además de los cargos del tratamiento dental.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las pólizas financieras anteriores. También doy permiso para cualquier información pertinente sobre mi historial de salud, tratamiento, y / o registros financieros para ser compartido con una agencia de cobranza externa en caso de falta de pago.

Firma: x _____ Fecha: _____