



# FOREVER DENTAL

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Preferred Name: \_\_\_\_\_

Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Si es menor, nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del tutor legal: \_\_\_\_\_

Seleccione todos los que correspondan:  Soltero/a  Divorciado/a  Menor  Masculino  
 Casado/a  Viudo/a  Estudiante  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

# Celular: \_\_\_\_\_ # Adicional: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Entiendo que Forever Dental se comunicará conmigo a través de lo siguiente medios,  
Mensaje de Texto, Correo Electrónico, Correo, Teléfono Celular*

## Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ # telefónico: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Persona responsable por la aseguranza /  No cubierto por seguro dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# Telefónico: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa por quien trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_

SS# o # de identificación: \_\_\_\_\_ # del grupo: \_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia nunca ha sido tratado en nuestra oficina?  Sí  No

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? (circule uno)

Amigo/familiar (nombre): \_\_\_\_\_ Seguro (que seguro?): \_\_\_\_\_

Google Yelp Facebook Otros: \_\_\_\_\_

Yo autorizo pago directo a Forever Dental de parte de los beneficios de mi aseguranza que de otra manera serían pagados directamente a mí. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento. Autorizo a Forever Dental a administrar los medicamentos y a realizar los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos necesarios para un tratamiento dental apropiado. La información en esta página, así como de mi historia médica y dental es correcta en base al mejor de mi conocimiento. Le doy autorización al dentista a compartir mi historia médica y dental así como mi plan de tratamiento con aquellas compañías encargadas de pagar por mi tratamiento dental, así como con otros profesionales médicos.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M  F

1. ¿Ha estado bajo cuidado médico en los últimos dos años?  Sí  No

Porque razón: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o ha sido hospitalizado/a?  Sí  No

Porque razón: \_\_\_\_\_

3. ¿Esta usted incapacitado?:  Sí  No

Describe por favor: \_\_\_\_\_

4. ¿Fuma o utiliza productos con tabaco?  Sí  No

5. ¿Toma alguna droga recreativas ilícita?:  Sí  No

¿Con que frecuencia?: \_\_\_\_\_

**¿Le ha dicho su médico que tiene que tomar antibióticos antes de su cita con el dentista?**  Sí  No

**¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (marque todos los que apliquen)**

Problemas de sangre (anemia)

Sangrado anormal

(Sangrado intenso)

Transfusión de sangre

Problemas Cardiacos

\_\_\_\_\_

Soplo cardíaco, defecto del corazón

Marcapasos

Derrame cerebral

Problemas óseos o articulares

Articulación o válvulas artificiales

Presión arterial **alta o baja**

(Circule uno)

Tuberculosis u otros problemas pulmonares

Enfermedad del riñón

Hepatitis, Tratamiento:

\_\_\_\_\_

Enfermedad del Hígado

Diabetes

Convulsiones

Problemas de tiroides

Artritis

Herpes o herpes labial

SIDA o VIH positivo

Cáncer

Tipo: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Tumores

Quimioterapia

Terapia de radiación

Endocarditis

Cuidado psiquiátrico

Trasplante de órgano

Dependencia de drogas

Depresión

Asma

Autismo

Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención (ADHD)

Otro:

\_\_\_\_\_

**¿Es alérgico o ha reaccionado negativamente a alguno de los siguientes?**

Látex

Penicilina / otros antibióticos

Codeína / otros narcóticos No

Aspirina

Otro: \_\_\_\_\_

No

**¿Está tomando alguno de los siguientes?**

Toma de anticonceptivos:  Sí  No

Tomando hormonas:  Sí  No

**Mujeres:** ¿Está embarazada o planea quedar embarazada?  Sí / Fecha: \_\_\_\_\_  No

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

**He revisado mi historial de salud y confirmo que indica con precisión las condiciones pasadas y presentes.**

La práctica odontológica involucra el tratamiento completo de la persona. Si su dentista determina que pueda haber una situación médica potencialmente comprometedor, se puede necesitar una consulta médica antes de comenzar el tratamiento dental. Yo autorizo a mi dentista a que este en contacto con mi médico. **Nombre del médico familiar:** \_\_\_\_\_ **Número telefónico del médico:** \_\_\_\_\_

Entiendo que la información dada es necesaria para proporcionarme cuidado dental en una manera segura y eficiente. Reconozco que la información provista es exacta y completa. No responsabilizaré a Forever Dental, al dentista, ni a ninguno de los miembros de este consultorio por algún error u omisión que yo pude haber hecho al llenar este cuestionario.

Firma del Paciente / Tutor Legal

Fecha

D.D. S.

## Aviso de responsabilidad financiera paciente/aviso de Practicas de Privacidad

### Política financiera

Por favor anote sus Iniciales abajo

**Seguro y Coseguro:** Si usted está cubierto bajo alguna seguridad, nos aseguraremos de hacer nuestro mayor esfuerzo para coordinar su tratamiento de la manera más económicamente efectiva dentro de los límites impuestos por su seguridad. Al mismo tiempo, también trataremos de minimizar los pagos que queden bajo su responsabilidad. La póliza bajo la cual usted está cubierto determina hasta qué punto usted es responsable por cubrir los pagos originados por deducibles, copagos, y servicios no cubiertos por la seguridad. FD no es responsable por información incorrecta proporcionada a nosotros por su seguridad, y tampoco somos responsables por problemas ocasionados cuando la compañía para la cual usted trabaja no le provee información incorrecta a su seguridad a cerca de su estatus laboral. El paciente es responsable por los pagos no cubiertos por la seguridad. La cobertura bajo su seguridad depende de su estatus laboral y de las opciones que usted o su compañía eligió entre los diferentes planes que su compañía ofrece. FD no puede monitorear todos los requisitos de los cientos de planes ofrecidos en nuestra área. Nosotros dependemos en su ayuda para que nos mantenga informados a cerca de cambios en su cobertura así como proveernos con la información necesaria a cerca de la misma. Dicha información incluye pero no se limita a:

- Cambios relacionados a su estatus laboral o cambios en el estatus de su cobertura bajo su familia.
- Cambios de compañía aseguradora o cambios en los planes ofrecidos por su compañía.
- Pérdida de cobertura o bancarrota por parte de su compañía.

**Copagos de seguro, Deducibles:** Usted es responsable de cubrir todos los cargos originados por su tratamiento a menos que nosotros podamos verificar cobertura con su seguridad y esperemos recibir pagos de parte de una seguridad válida. Pacientes que tienen doble cobertura dental siguen siendo responsables por cualquier servicio que no fue cubierto por la primera o la segunda aseguranza. Cada aseguranza puede tener su propio deducible y tendrá que ser cubierto individualmente por el paciente.

**Cargos, Programación de citas, Cobros:** FD puede negarse a tratar a cualquier paciente si el asegurador o el paciente no han hecho pago. **Hay un cargo de \$25 por cheques NSF junto con la cantidad del cheque** Hacemos todos los esfuerzos a través de mensajes de texto, mensaje de voz y correo electrónico para confirmar y recordarle de su cita. **Nos reservamos el derecho de cobrar \$35 por cancelaciones de menos de 48 horas, reprogramaciones múltiples y si no se presenta.** Abuso excesivo de reprogramado o cancelaciones citas puede resultar en descarga de la práctica. Todos los costos incurridos para coleccionar cobros atrasados, incluyendo cuotas razonables de abogados usted será responsable de pagar.

**Menores:** Pacientes que sean menores de edad deben estar acompañados por un padre o tutor para ser atendidos en la oficina, a menos que se hayan hecho arreglos especiales con la oficina.

### Aviso de prácticas de Privacidad/HIPAA

La ley conocida como "The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" requiere que los proveedores de servicios de la salud le den a sus pacientes una copia de la póliza que la oficina tiene a cerca del manejo referente a su información personal, así como hacer el mejor esfuerzo para obtener una firma del paciente significando que él o ella recibió dicha información. Al mismo tiempo, el paciente tiene derecho a negarse a firmar de recibido. Nuestra oficina se comunica con nuestros pacientes a través de mensajes de texto, correo de voz, correos electrónicos y postales. Por favor infórmenos si desea poner alguna restricción a cerca de esto.

### ¿Hay alguna persona con quien usted nos permita compartir su información dental/medica?

Favor de circular uno: **Sí/No**      **Nombre de la persona:** \_\_\_\_\_

La fecha de nacimiento de la persona: \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_

He leído y entendido las políticas anteriores, y estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera total como se describe. Autorizo el pago a FD de beneficios de seguro para las reclamaciones presentadas en mi nombre. Yo autorizo a FD para liberar cualquier información dental médica necesaria para el pago de reclamaciones.

Me han ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de la oficina.

**Firma del Paciente(Tutor):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Imprimir Nombre(s):** \_\_\_\_\_