

Informacion Del Paciente

Nombre del paciente: _____	Fecha _____
Apellido, primero Segundo (nombre preferido)	
Correo electronico: _____	Genero: _____ Estado de familia: _____
Numero de seguro social # _____	Fecha de nacimiento: _____
Telefono(casa): _____ (trabajo) _____ ext: _____ (Cellular) _____	
Direccion: _____	
Calle _____	apartamento _____
Ciudad _____	estado _____ codigo postal _____

Informacion de salud

Fecha de ultima visita dental: _____ Motivo de esta visita: _____

Tiene o a tenido cualquiera de los siguientes? COMPRUEBE LOS QUE APLICAN:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> enfermedad hepatica | <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas |
| <input type="checkbox"/> Uniones artificiales | <input type="checkbox"/> Lesiones de cabeza | Fecha de dar a luz: _____ | <input type="checkbox"/> Alergia codeina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enf del Corazon | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> alergia penicilina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la | <input type="checkbox"/> Soplo cardiac | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> OTROS: |
| Sangre | | | |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presion arterial alta | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de estomago | |

- Ha tenido alguna complicacion despues del tratamiento dental? Si No

En case afirmativo, sirvase indicar: _____

- Ha sido hospitalizado o en necesidad de atencion medica de emergencia en los ultimos dos anos? SI No

En caso afirmativao, sirvase indicar: _____

- Esta ahora bajo el cuidado de un medico? SI No

En caso afirmativao, sirvase indicar: _____

- Nobre del Medico: _____ Telefono: _____

- Tiene algun problema de salud que necesitan mas aclaraciones? Si No

En caso afirmativao, sirvase indicar: _____

A lo major de mi conocimiento, todos las respuestas anteriores y la informacion proporcionada son verdaderos y correctos. Si algun vez tengo cualquier cambio en mi salud, informare a los medicos en la proxima cita sin falta.

Fecha: _____

Firma del paciente, Padre o tutor

Informacion de referencia

A quien podemos agradecerle por refirirlo a nuestra practica? Paciente Amigo Pariente Oficina dental
 paginas amarillas Periodico Escuela Trabajo Otro: _____

Informacion de conyuge o Persona Responsable

Lo Siguiente es para el conyuge del paciente la persona responsable del pago

Nombre: _____

Masculino Femenino Casado Soltero Nino Otro

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento: _____

Telefono (casa): _____ (trabajo) _____ ext: _____

Direccion _____ apartamento # _____

Ciudad _____ estado _____ codigo postal _____

Informacion de Empleo

Lo siguiente es para: El paciente La persona responsable del pago

Nombre de Empleador: _____ Ocupacion: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad _____ estado _____ codigo postal _____

Informacion de Seguro

Principal

Nobre del asegurado: _____ El asegurado es el paciente? Si No

Fecha de Nacimiento _____ ID# _____ Group# _____

Direccion _____

Ciudad: _____ Estado _____ codigo postal _____

Nobre de Empleador de asegurado: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado _____ codigo postal _____

Relacion del paciente: Paciente Espodo(a) Nino Otro _____

Nombre de plan de seguros y direccion: _____

Secundarion

Nobre del asegurado: _____ El asegurado es el paciente? Si No

Fecha de Nacimiento _____ ID# _____ Group# _____

Direccion _____

Ciudad: _____ Estado _____ codigo postal _____

Nobre de Empleador de asegurado: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado _____ codigo postal _____

Relacion del paciente: Paciente Espodo(a) Nino Otro _____

Nombre de plan de seguros y direccion: _____

Consentimiento para Servicios

Como condicion para su tratamiento por esta oficina, disposiciones financieras deben hacerse con anticipacion. La practica depende de reembolso de los pacientes para los gastos efectuados en su cuidado y responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental que llevan a cabo sin arreglos financieros anteriores, deben pagarse en efectivo en el momento de el servicio. Los pacientes que mantienen seguros dentales entienden que todos los servicios dentales facilitados se pagan directamente al paciente y que el or ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudara a preparar a los pacientes formularios de seguros o que le ayuden a hacer las colecciones de las companies de seguros y acreditaran cualquier estas colecciones a cuenta del paciente. Sin embargo, este consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos sera pagados por una compania de seguros. Se cargara en cargo del 1 ¼ al mes (18% anual) en el saldo no pagado en todas las cuentas de superior a 60 dias, a menos que previamente por escrito se cumplen las disposiciones financieras. Tengo entendido que la estimacion de tarifa para esta atencion dental solo puede extenderse por un periodo de seis meses desde la fecha del examen paciente. En consideracion para los servicios profesionales prestados para mi, o a mi peticion, por el doctor, estoy de acuerdo a pagar por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a dicho doctor, o su cesionario, en el momento se prestan los servicios, o en un plazo de cinco (5) dias a partir de facturacion si se ampliara de credito. Ademas estoy de acuerdo en que el valor razonable de dichos servicios sera como facturado a menos que se opone a que, por mi, por escrito, en el tiempo para sup ago. Estoy de acuerdo mas que una renuncia a cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condicion este document no constituira una renuncia a cualquier otro periodo o condicion y ademas estoy de acuerdo a pagar todos los costos y abogado razonable si traje se instituyo este documento. Concedo mi permiso a usted o su cesionario, llamar por telefono a mi casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.

He leído las condiciones anteriores de tratamiento y el pago y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha _____

Firma de garante de pago/responsable: _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Nos requieren obtener su consentimiento para el tratamiento o la cirugía oral dental contemplado o propuesto. Lea por favor esta forma cuidadosamente y le sugerimos a que nos pregunte acerca de cualquier cosa que usted no entiende.

1. Autorizo y dirijo por este medio e **Texas Premier Dental**, o cualquiera de su personal asistido por los dentistas licenciados y/o los auxiliares dentales de su opción para trabajar sobre mi, o mi hijo(a) _____ en siguiente procedimiento del tratamiento dental o de la cirugía oral incluyendo el necesario o anestesia local recomendable, radiografías o ayudas de diagnóstico.
2. De modo general, los procedimientos dentales pueden incluir uno o un número de los siguientes:
 - a. Limpieza de los dientes y del uso del fluoruro tópico.
 - b. Uso de sellantes a los surcos de los dientes
 - c. Tratamiento de dientes cariados o dañados con restauraciones dentales. Estas restauraciones pueden ser amalgama (plata) o compuesto (blanco).
 - d. Coronas de acero inoxidable para los niños. Estos son necesarios en caso de que los rellenos simples no fueran la mejor restauración a largo plazo o en caso de que hay caries grandes.
 - e. El reemplazo del diente que falta con una prótesis dental (Puente, parcial, ext.)
 - f. Extracción (retiro) de uno o más dientes que no pueden ser restaurados.
 - g. Tratamiento de los tejidos finos orales lastimados o dañados (duros y/o sensibles.)
 - h. El tratamiento de los dientes torcidos y/o las anomalías de desarrollo.
 - i. Tratamiento de Endodoncia es quitar la infección del nervio del diente y de su raíz.
 - j. El uso de medicaciones sedativas y/o del óxido nítrico para controlar la estabilidad del paciente.

El tratamiento ha sido explicado a mí. **Entiendo que no se realizará ninguno de los procedimientos anteriores sin primero consultar la necesidad conmigo y la obtención de mi consentimiento para proceder.** En caso de tratamientos alternativos, si cualesquiera, han sido explicados a mí, como tienen las ventajas y las desventajas de cada uno. Me comentan que los buenos resultados esperan; sin embargo, la posibilidad y la naturaleza de complicaciones no pueden ser anticipadas exactamente. Por lo tanto, ninguna garantía precisa, o implicada, se puede darme con respecto a este tratamiento. Entiendo y autorizo al doctor que puede realizar cualquier tratamiento necesario que en su juicio este en el mejor interés de mi salud o de mi hijo(a), una vez que se haya iniciado el tratamiento.

3. Aunque su ocurrencia es rara e imprevisible, algunos riesgos podrían ser asociados a procedimientos de la cirugía dental o oral, a la medicación y/o a los anestésicos. Nosotros estamos requeridos para divulgar los riesgos sabidos del entumecimiento, de la infección, de la aspiración (el tragar), de hincharse, de sangrar, de la descoloración, náusea (vómito), alergia, la pérdida de función de órganos, y de marcar con una cicatriz. Entiendo y acepto que las complicaciones pueden requerir la ayuda médica, hospitalización y en muerte muy rara de los casos,

Indico por este medio que he leído y entiendo completamente este consentimiento. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este consentimiento y tratamiento propuesto. También entiendo que seguirá en efecto este consentimiento hasta que yo elija terminarlo. Tal terminación del consentimiento debe estar por escrito.

Nombre de Paciente: _____ Testigo: _____

Firma de paciente/ guardian: _____ Fecha: _____

TEXAS PREMIER DENTAL

Nombre del paciente: _____

1. Cual es su proposito principal para su visita hoy?

2. Que le gustaria cambiar sober su sonrisa?

3. Si es posible, le gustaria empezar con el tratamiento hoy?

4. Cuando fue su ultima visita dental?

5. Cuando fue su ultima limpieza dental?

6. Usted ha considerado el blanqueamiento de sus dientes?

7. Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes:

RELLENO

DENTADURA REMOVIBLE

EXTRACCION

INLAY/ONLAY

8. Prefiere su cita por la mañana o por la tarde ? _____

9. Como usted oyo acerca nosotros?

GRACIAS!!

TEXAS PREMIER DENTAL

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO

LEA POR FAVOR ESTE RECONOCIMIENTO Y FIRME ABAJO QUE HA RECIBIDO LA INFORMACION Y MARQUE EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE DE LA LISTA SIGUIENTE:

RECONOCIMIENTO:

____Yo reconozco que he recibido y/o he leído una copia del aviso de la oficina **DE SU PRACTICA** de su AISLAMIENTO Y EL DERECHA DE LA POLIZA. He leído el aviso y entiendo mis derechos del aislamiento y la poliza de su aislamiento de al oficina.

____El paciente rechaza firmar el aviso. Nobre del empleado y la fecha _____ .

____El paciente no puede firmar el reconocimiento o es un menor de edad. Si el paciente es un menor de edad o representado por un representante personal, el guardian/el representante autorizado ha firmar debajo.

X _____

Informacion del contacto del oficial de la aislamiento

POLIZAS DE LA OFICINA

Queremos darle la bienvenida a Texas Premier Dental.

Nuestra mission es:

“Para proporcionarle el cuidado dental mas de alto de calidad y el ambiente mas comodo possible.”

El enfocarse encendido:

“Excelencia profesional de la atencion personal”

Nuestra horas de oficina son Lunes a Viernes 9AM a 6PM. Tambien abrimos los sabados (por cita solamente). Requerimos aviso de 24 horas para cancelar o cambiar la hora de su cita en cualquier cita programada de Lunes a Viernes y un aviso de 48 horas para cancelar o cambiar la cita de un Sabado. De lo contrario Habra un cargo determinado sin el aviso apropiado.

Los cargos son los sigueintes por cita: \$30.00 por hora para la Higiene (limpiezas)

\$50.00 por hora para el tratamiento con el doctor.

Sin embargo, con **circunstancias extremas**, hay siempre excepciones a estos cargos. Come cortesia, llamaremos una semana por adelantado para cualquier cita de la hygiene (limpieza), como un recordatorio y un dia antes para confirmar todas las citas.

Dejaremos un mensaje en su voicemail con respect a su cita, si no le hemos hablado personalmente, es su responsabilidad de llamarnos y confirmar su cita.

Si usted va llegar tarde para su cita, llamenos por favor por adelantado para asegurarse de que su tardanza no afectara la cita del paciente siguiente. Si no, Tendremos que cambiar su cita por otro dia o hora.

Si usted tiene seguro dental, nosotros nos hacemos encargo de enviar el reclamo a su seguro dental. Sin embargo, arecopilar la informacion de su compania de seguros y pasando su plan del tratamiento con usted, no hay garantia que o si el seguro pagara. **Es solamente estimacion.** Intentaremos darle una estimacion como sea posible. Permitiremos **60** dias para que su seguro pague, sin embargo si no ha pagado en ese tiempo, nosotros le pediremos a usted que se comunicué con su seguro, si no cualquier equilibrio restante sera su **responsabilidad**, y su seguro puede reembolsarle directamente.

El pago es debido cuando se rinden los servicios. Los metodos de pago que se aceptan en nuestra oficina son efectivo, cheque, las tarjetas de credito (que incluyen, **VISA, MC, AMEX, y DISCOVER**). **Care Credit** se excepta para los aspirants calificados. Aceptaremos con gusto su cheque, sin embargo, Habra un cargo de \$35.00 el honorario para cualquier cheque devuelto por no-fondos suficientes en su cuenta.

Si hay algunos cambios en su historia de la salud, direccion, numero de telefono, estado civil, o seguro, le pedimos que usted nos notifique a la oficina cuanto antes, de modo que podemos poner al dia su expediente.

Lo valoramos como paciente, y miramos hacia adelante para cuidar sus necesidades orales del healthcare y a establecer una relacion duradera con nuestros doctores y personal.

Gracias por elegir Texas Premier Dental!

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____