

THE ATTENTIVE DENTIST, LLC

INFORMACIÓN MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

¿Es sensitivo ó alérgico a alguna medicina o droga? Si No

¿Si "si," A cuál? _____

Indicar cuál de las siguientes enfermedades tiene ó ha tenido. Marcar "Si" ó "No".

- | | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Diabetes ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Colesterol ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfisema ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Presión Alta ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tos Crónica ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de la Tiroides ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Alergias o Urticaria ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Asma ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Articulaciones Artificiales ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Rinitis alérgica ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Toma medicina de hueso o Inyección ---- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer, cual? ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema de la Sinús ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Válvula Cardíaca Artificial ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Terapia de Radiación ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad cardíaca congénita ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Quimioterapia ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Marcapasos Cardíaco ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía Cardíaca ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Prolapso de Válvula Mitral----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alergia al Látex ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Soplo Cardíaco ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venéreas ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Artritis ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | SIDA ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tratamiento de Cortisona ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Úlceras ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Adicción a la droga ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes labial o Ampollas de fiebre ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Derrame Cerebral ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Transfusión de Sangre ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problema del Riñón ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hemofilia ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Reumatismo ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anemia ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Arteriosclerosis ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anemia de Células Falciformes ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Insuficiencia cardíaca----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Glaucoma ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ictericia Amarilla ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre Reumática ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epilepsia ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Desmayos ó Mareos ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tumores ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Nerviosos ó Ansiedad ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Discapacidades de Desarrollo ----- | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usa drogas recreacionales? _____ | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fuma cigarrillos ó usa tabaco? _____ | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma alcohol? _____ | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Usted tiene ha tenido una enfermedad, condición, ¿ó problema que no se ha mencionado en la lista?

Si "si," por favor describir: _____

¿Nombre todas las medicinas y suplementos que toma? _____

PARA MUJERES –

¿Está ó podría estar embarazada o dando pecho? Si No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Yo confirmo que la información que se ha brindado anteriormente es cierta y es para mí beneficio mientras sea atendido en The Attentive Dentist, LLC.

Firma del Paciente ó Responsable

Relación

Fecha

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ #Licencia: _____

Nombre del padre/madre si paciente es menor de edad: _____

Estado Marital: Soltero Casado Separado Viudo

Dirección:

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Quién lo refirió a la oficina? _____

INFORMACIÓN DENTAL

¿Las Encías sangran cuando se cepilla los dientes? Si No

¿Sus dientes son sensibles al calor ó frio? Si No Presión? Si No Dulces? Si No

¿Usted rastrilla ó aprieta los dientes? Si No

¿Tiene miedo de visitar un dentista? Si No

Fecha de última visita dental: _____ Qué fue hecho? _____

¿Cuál es la razón de su visita dental con la Doctora Patiño?

¿Cómo se siente acerca de su apariencia dental?

SEGURO PRIMARIO DENTAL

Nombre del asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social ó ID _____

Dirección (Si es diferente a la de arriba): _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del Empleador: _____

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: _____ **ID:** _____

Dirección del Seguro: _____ Teléfono: _____

¿El Seguro pertenece a una Unión? Si No

Nombre de la Unión: _____ Local No. _____

SEGURO SECUNDARIO (Como una cortesía, nosotros podemos submitir su reclamación al seguro secundario. Aún debe presentar su copago y deducible que corresponde por su seguro primario)

Acepto que mi información de salud protegida (PHI) se pueda compartir con las siguientes personas:

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su Información de salud protegida (PHI). También estamos obligados a proporcionarle nuestro aviso de prácticas de privacidad que describe nuestras responsabilidades legales y sus derechos con respecto al uso y divulgación de su PHI. Su firma a continuación es un reconocimiento de que ha recibido nuestro aviso de prácticas de privacidad. (Si lo desea, solicite su copia).

Firma del Paciente ó Responsable

Relación

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL

1. Autorizo al personal de The Attentive Dentist, LLC a tomar radiografías, estudiar modelos, fotografías, examinar el cuello y los tejidos blandos de la boca para detectar el cáncer oral y las infecciones. También los autorizo a usar cualquier otra ayuda de diagnóstico para brindar atención dental adecuada de acuerdo con mis necesidades.
2. Autorizo al Dr. Patiño a completar el tratamiento recomendado siempre que yo, el paciente o tutor, esté de acuerdo y use la medicación adecuada y la terapia indicada. Entiendo que el uso de anestésicos puede tener riesgos. Autorizo al Dr. Patiño a elegir y usar cualquier ayuda necesaria para proporcionar el tratamiento recomendado.
3. Entiendo que soy responsable de pagar los costos de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes. Los cargos se cancelan el mismo día que se prestan los servicios. Si los pagos no se reciben cuando finaliza el tratamiento, entiendo que habrá un cargo del 1.5% (18% de interés) que se agregará a mi cuenta y a los cargos de cobro. La cuenta se remitirá a los servicios de cobranza cuando haya un saldo superior a \$ 100 a los seis meses. Estoy de acuerdo en cubrir los gastos de los procesos de acciones legales debido a los cargos de cobro.
4. Entiendo que es mi responsabilidad informar a The Attentive Dentist, LLC sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado anteriormente.
5. **Entiendo que se aplicará un cargo por cancelación de \$75.00 si pierdo una cita reservada o si no la cancelo con 24 horas de anticipación.**

Firma del Paciente ó Responsable

Relación

Fecha

PÓLIZA DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO

The Attentive Dentist, LLC no es una entidad de su compañía de seguro dental. El paciente tiene la responsabilidad de conocer los detalles de su póliza de seguro dental. La oficina tratará de ayudar a responder a cualquier pregunta que el paciente pueda tener acerca de su cobertura de seguro. Cualquier parte de la cuenta del paciente no cubierto por el seguro dental es la responsabilidad del paciente. Con respecto al tratamiento dental principal como (Coronas, Puentes, Prótesis e Implantes Dentales) la porción estimada de la cuenta no cubierta por el seguro dental del paciente es debida en el momento del tratamiento. Esta oficina no puede dar planes de pago por tratamientos que no son pagados por el seguro dental. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte con el director de la oficina en la recepción.

ACUERDO FINANCIERO

Certifico que yo tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente a The Attentive Dentist, LLC todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de reclamación de seguro. The Attentive Dentist, LLC puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Firma del Paciente ó Responsable

Relación

Fecha