

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Masculino/Femenino Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Codigo Postal
--------	--------	---------------

Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_  
Otro # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

Podemos contactarlo por Correo Electronico? Si/No  
Que dias y que horas prefiere sus citas?  
\_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_  
Quien lo referio: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Codigo Postal
--------	--------	---------------

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Aproximadamente cuando fue su ultima visita dental  
**(Circule uno):**  
6 meses   1 año   1-2 años   2-5 años   5-10 años

Para que fue tratado:  
\_\_\_\_\_

Cual es su farmacia de preferencia?  
\_\_\_\_\_

Nombre	Ciudad	Estado
--------	--------	--------

Estatus: Menor/Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Viudo  
(Porfavor circule uno)  
Nombre de su esposo: \_\_\_\_\_  
Tiene Hijos? Si/No   Cuantos? \_\_\_\_\_

Asegurancia Dental Primaria

Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador Del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Codigo Postal
--------	--------	---------------

Telefono: \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Numero de identificacion: \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo/Plan/Polica: \_\_\_\_\_

Asegurancia Dental Secundaria

Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador Del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Codigo Postal
--------	--------	---------------

Telefono: \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Numero de identificacion: \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo/Plan/Polica: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Codigo Postal
--------	--------	---------------

Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  
Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Forma de pago: Efectivo/cheque/Tarjeta de Credito  
\_\_\_\_\_ Yo autorizo la cesion de mis derechos y beneficios  
de Seguro directamente al proveedor por los servicios  
prestados. Entiendo plenamente que soi el unico  
responsable de cualquier saldo no pagado por mi  
asegurancia. (Si se ofrece en esta oficina)

En caso de emergencia

A quien debemos contactar? \_\_\_\_\_  
Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono : \_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Esta usted en una dieta especial?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Usa tabaco?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Usted usa sustancias controladas?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No    Toma anticonceptivos orales?  Sí  No    Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina     Penicilina     Codeína     Acrílico     Metálico     Látex     Anestésicos locales    Sulfamida  
 Otros    En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretonescon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**ATENCION A TODOS LOS PACIENTES DE SEGUROS: POR FAVOR LEA ESTA PAGINA CON CUIDADO EN SU TOTALIDAD!**

**AUTORIZACION DE LIBERACION Y**

**AUTORIZACION DE ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Creemos firmemente que todos los pacientes merecen el mejor cuidado dental que podamos proporcionar. Además sentimos que todos se benefician cuando se acuerdan acuerdos financieros definitivos. En consecuencia hemos preparado este material para familiarizarnos con nuestra póliza.

**NUESTROS SERVICIOS PROFESIONALES SON PRESTADOS A USTED NO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR LO TANTO EL PAGO PARA EL TRATAMIENTO ES SU RESPONSABILIDAD.**

Lea y firme lo siguiente:

- Autorizo a NTD a liberar o recibir cualquier información necesaria para agilizar mis reclamos de seguro.
- Autorizo a NTD a facturar a mi compañía de seguros directamente por sus servicios.
- Autorizo el pago directo a NTD de cualquier beneficio de seguros que sea otorgado.
- En el caso de que reciba el pago de mi compañía de seguros, estoy de acuerdo en otorgar cualquier pago que reciba a NTD para que las tarifas sean pagadas.
- Entiendo que hay provisiones y exclusiones en mi plan dental que puedan impedir el pago de mis procedimientos. También entiendo que mi seguro no puede informar al proveedor de estas provisiones y exclusiones en la verificación de beneficios.

Entiendo que depende de mi informar a NTD de mi elegibilidad de seguro, periodos de espera, y beneficios. También entiendo que esta oficina no puede garantizar mi estado de seguro en ninguna de estas áreas. Cualquier estimación de seguro o información que me ha proporcionado el personal de NTD no es una garantía de pago efectivo del Seguro. También entiendo que cualquier reclamo de Seguro no pagado en su totalidad después de 60 días se convertirá en mi responsabilidad de ser pagado en ese momento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POLITICA FINANCIERA**

Nuestro objetivo en North Texas Dental (NTD) es proporcionar la mejor calidad de atención dental disponible para nuestros pacientes. Ofrecemos lo mejor en técnicas de esterilización, laboratorio y clínicas que se utilizan actualmente en el campo dental. No queremos que esta calidad se vea comprometida por los gastos generales. Con el fin de mantener estos gastos al mínimo, pedimos lo siguiente: El pago se requiere en el momento en que los servicios se prestan. El pago se puede realizar utilizando los siguientes tipos de pago:

- **Efectivo/ Cheques personales: (locales)**  
Los cheques (locales) serán aceptados con la prueba de licencia de conducir de la persona que escriba el cheque. Esta persona debe estar presente en el momento de la escritura del cheque. Se cobra un cargo por servicio de \$35 por todos los cheques sin fondos.
- **Tarjetas de crédito:** Nuestra oficina acepta la mayoría de las tarjetas de crédito
- **Care Credit:** No hay planes de pago. Colaboramos con una compañía de financiamiento externa que brinda hasta 12 meses sin intereses. Ofrecen pagos mensuales bajos sin honorarios anuales o multas de pre-pago. Por favor, pregunte al Coordinador Financiero si está interesado.

Por favor entienda que a partir del primer día del mes después de que los saldos se conviertan en 90 días vencidos, se cobra un cargo de financiamiento mensual a cualquier saldo pendiente. En el caso de incumplimiento de pago en esta cuenta, la parte responsable se compromete a pagar los costos de cobranza y los honorarios de abogado incurridos al intentar recaudar en esta cantidad o en cualquier saldo pendiente futuro.

**REEMBOLSOS PARA EL TRATAMIENTO INADECUADO:** Por favor entienda que si un paciente decide suspender el tratamiento después de haber comenzado, NO se le dará un reembolso completamente. Las circunstancias individuales pueden ser discutidas con el Gerente de la oficina y/o el dentista.

**CREDITO EN UNA CUENTA:** Si una compañía paga más de lo previsto creando un crédito para el paciente, estamos felices de reembolsar al paciente o dejar un crédito en la cuenta que se aplicará para tratamiento en el futuro.

**Acepto la plena responsabilidad financiera de esta cuenta y de toda la odontología realizada en mi mismo y mis dependientes en este consultorio dental.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**POLITICA DE CITA**

Nos alegramos de que usted nos haya elegido para brindar su cuidado dental, pero si olvida sus citas, compromete su cuidado. Queremos recordarle nuestras politicas de oficina con respect a las perdidas.

*Una cita Perdida es cuando usted no puede presentarse para una cita sin una llamada telefonica, o cancelar sin notificacion de al menos 24 horas.*

Una relacion de medico a paciente se basa en la confianza mutual y el respeto. Como tal, nos esforzamos por estar a tiempo con sus citas programadas, y le pedimos que nos de la cortesia de una llamada cuando usted no pueda mantener su cita.

En caso de que una cita fracasara sin esta notificacion de 24 horas, se le cobrara una tarifa de \$25 a su cuenta. Entendemos que surgen circunstancias y las tomaremos en consideracion.

**HAN SIDO INFORMADOS Y ACEPTAN CUMPLIR CON ESTE PAGO Y POLITICAS DE NTD**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Informacion De La Practica De Privacidad**

Mi firma confirma que he sido informado de mi derecho a la privacidad con respecto a mi informacion de salud protegida, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Medico de 1996 (HIPPA). Entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Proveer y coordinar mi tratamiento entre una serie de proveedores de atencion medica que pueden participar en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Para obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de atencion medica.
- Llevar a cabo operaciones normales de atencion medica, como actividades de evaluacion y mejora de calidad.

Me han informado de la **Notificacion de Practicas de Privacidad** de mi proveedor dental que contiene una descripcion mas completa de los usos y divulgaciones de mi informacion medica protegida. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho **Aviso de Practicas de Privacidad**. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar la **Notificacion de Practicas de Privacidad** y que le puedo contactar esta direccion de la oficina arriba para obtener una copia actual de la **Notificacion de Practicas de Privacidad**.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja como se usa y divulga mi informacion y privacidad para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atencion medica y entiendo que usted no esta obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si usted esta de acuerdo entonses usted esta obligado a acatar estas restricciones.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_