

Bienvenidos a Village One Dental

Porfavor de Llenar la Siguiente Informacion Confidencial

Fecha de Hoy: _____

Informacion del Paciente

Nombre _____ Mujer Hombre Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Social _____ Numero de Telefono de Casa _____ Celular _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Porfavor circule – Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Vuido(a)

Nombre de Empleador _____ Domicilio _____ Numero de Trabajo _____

Correo Electronico _____ Numero de Licencia _____

Esposo(a) _____ Como se entero de nuestra oficina? _____

Contacto de Emergencia _____ Relacion _____ Numero de Telefono _____

Responsable de Cuenta

Nombre _____ Relacion al Paciente _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Numero de Licencia _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Nombre de Empleador _____ Domicilio _____ Numero de Trabajo _____

Informacion de Aseguranza Dental

Nombre de Asegurado _____ Relacion al Paciente _____

Fecha de Nacimiento de Asegurado ____/____/____ Numero de ID de Poliza/Seguro Social _____

Nombre de Empleador _____ Domicilio _____ Numero de Trabajo _____

Nombre de Aseguranza _____ Numero de Grupo _____ Nombre de Grupo _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Numero de Telefono de Aseguranza _____

Tiene Aseguranza Dental adicional? YES / NO Si tiene, porfavor de completar lo siguiente;

Nombre de Asegurado _____ Relacion al Paciente _____

Fecha de Nacimiento de Asegurado ____/____/____ Numero de ID de Poliza/Seguro Social _____

Nombre de Empleador _____ Domicilio _____ Numero de Trabajo _____

Nombre de Aseguranza _____ Numero de Grupo _____ Nombre de Grupo _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Numero de Telefono de Aseguranza _____

HISTORIA MEDICA: (Nombre de Paciente) _____

Nombre de doctor _____ Numero de Oficina _____ Ultima vez visto(a) _____

1. Esta bajo tratamiento medico? **SI / NO**
2. Alguna vez a estado hospitalizado(a) para cirugia o por enfermedad seria en los ultimos 5 años? **SI / NO**
Si es asi por que? _____
3. Usas sustancias controladas? **SI / NO**
4. Usa Tobacco? **SI / NO**
5. Eres alergico(a) a algo? **SI / NO**
Si es, que es? _____
6. Esta tomando algun medicamento incluyendo medicamentos sin receta? _____
7. **Es alergico o a tenido alguna reaccion a uno de los siguientes:**

Anestesia Local	SI / NO	Penicilina	SI / NO
Sulfamidas	SI / NO	Otros Antibioticos	SI / NO
Barbituricos	SI / NO	Aspirina	SI / NO
Yodo	SI / NO	Sedantes	SI / NO
Algun Metal	SI / NO	Caucho de Latex	SI / NO
Otra Alergia	_____		
8. **Tiene o alguna vez a tenido cualquiera de los siguientes? (Circule 'SI' o 'NO')**

Alta Presion Sanguinea	SI / NO	Cancer	SI / NO	Alergias (Estacionales /Comida)	SI / NO
Presion Arterial Baja	SI / NO	Quimioterapia	SI / NO	Problemas de Tiroides	SI / NO
Enfermedad al Corazon	SI / NO	Radioterapia	SI / NO	Tuberculosis	SI / NO
Ataque al Corazon	SI / NO	Enfermedad del Hgado	SI / NO	Emfisema	SI / NO
Embolio	SI / NO	Hepatitis A, B or C	SI / NO	Problemas Respiratorios	SI / NO
Prolapso de Valvula Mitral	SI / NO	Anemia	SI / NO	Enfermedad Amarilla	SI / NO
Transfucion de Sangre	SI / NO	Anginas	SI / NO	Problemas de Sinusitis	SI / NO
Cirugia al Corazon	SI / NO	Ulceras	SI / NO	Perdida de Peso	SI / NO
Soplo al Corazon	SI / NO	Diabetes	SI / NO	Glaucoma	SI / NO
Marcapasos	SI / NO	Asma	SI / NO	Hemofolia	SI / NO
Reumatismo	SI / NO	Autismo	SI / NO	Articulaciones Artificiales	SI / NO
Artritis	SI / NO	Epilepsia/Ataques	SI / NO	Sustituciones de Caderas	SI / NO
Fiebre Reumatica	SI / NO	Enfermedad de Riñones	SI / NO	Problemas de Estomago	SI / NO
Apnea del Sueño	SI / NO	Nerviosismo	SI / NO	VIH/SIDA	SI / NO
Tobillos Hinchados	SI / NO	Tratamiento Siquiatrico	SI / NO	Enfermedad Transmitida Sexualmente	SI / NO

Algo no mencionado: _____

9. Solamente Mujeres: Esta embarazada o piensa que pueda estar embarazada? **SI / NO** Estas amamantando? **SI / NO**
Esta tomando pastillas anticonceptivas? **SI / NO**

Historial Dental de Paciente

Nombre y Ubicacion de Dentista anterior? _____ Ultimo chequeo? _____

1. Le sangran sus encias cuando se cepilla o con hilo? **SI / NO**
2. Estan sensibles sus dientes a lo frio/caliente/dulce? **SI / NO**
3. Ha tenido una lesion a la cabeza/cuello/quijada? **SI / NO**
4. Aprieta sus dientes? **SI / NO**
5. Se muerde los labios o cachetes ? **SI / NO**
6. Alguna ves a experimentado alguno de los siguientes;Dolor o Ruido de Cuello,Quijada,Oido o dificultad en abrir y cerrar? **SI / NO**
7. Esta teniendo dolor en algun diente? **SI / NO**
8. Tiene llagas o bultos en su boca? **SI / NO**
9. Ha tenido alguna vez sangre prolongada despues de extracciones? **SI / NO**

Autorizacion e Liberacion

Certifico que he leído e entendido la informacion anterior a mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precision. Yo entiendo que al contestar informacion incorrectamente puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para divulgar cualquier informacion incluyendo el diagnostico y los expedients de cualquier tratamiento o examinacion rendidos a mi hijo(a) o a mi durante el periodo de tal tratamiento o examen rendido a mi hijo(a) o a mi durante el periodo de tal cuidado dental a los pagadores o profesionales de salud. Yo autorizo y solicito que mi compania de aseguranza pague directamente al dentista o beneficios dentales de seguro de grupo que de otro modo se pagarían a mi. Yo entiendo que mi aseguranza dental podria pagar menos de la factura actual por servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

X
Firma de Paciente o padres de menor

X
Dr. Signature

Fecha

Bienvenidos a Village One Dental

Gracias por elegir a Village One Dental para sus necesidades dentales. Estamos seguros que estara comodo aqui con nosotros. Para que podamos asegurar que su experiencia es agradable, le pedimos que lea y comprenda lo siguiente:

Politica de Oficina

- **Si necesita cambiar su cita, requerimos un aviso de 48 horas.** El no hacerlo puede poner en peligro la programación de las citas futuras y incurrirá en una cuota de cita perdida de \$25.00; que debe ser pagado antes de la próxima visita.
- **Tratamiento para pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre y/o tutor legal para citas NUEVAS o CHEQUEOS y otras visitas donde se debe autorizar el tratamiento continuo.** Para el tratamiento continuo, cuando ya se ha obtenido el consentimiento, un adulto responsable con un consentimiento escrito de los padres y/o tutor legal puede acompañar al paciente. El adulto que acompaña debe estar en el edificio durante toda la cita en case de una emergencia. La ley otorga excepciones a los menores emancipados, Un “menor emancipado” es aquel que no depende de los padres para el sustento, o es un padre, o esta o ha estado casado.
- **Requerimos notificaciones si hay algun cambio en su aseguranza, direcion, o numero de telefono.** El no hacerlo puede causar retraso de pagos, causando que usted tenga que pagar de su bolsillo. Si no podemos ponernos en contacto con usted por teléfono, debido a que el teléfono está desconectado o usted ya no vive allí, podemos dar su cita.
- **Le pedimos que confirme y llegue a tiempo para su cita.** El no hacerlo puede resultar en teniendo su cita cancelada o cambiada para otro dia.

Politica Financiera

- Todos los cargos incurridos son de su responsabilidad. El pago se efectúa el día en que se presta el servicio. Si después del tratamiento incurres en un saldo, el pago se pedirá dentro de 30 días o tu cuenta puede ser entregada a una agencia de cobro.
- Cobramos un cargo financiero de 18% sobre los saldos de más de 30 días.
- Cobramos \$25.00 por cheque devuelto, mas la cantidad original en el cheque.
- Aceptamos efectivo, y todas las mayores tarjetas de credito. Todos los cheques se convertiran a debito electronico el mismo dia.

Asignación de beneficios

- **Requerimos que todos los co pagos sean pagados el día en que se presten los servicios.**
- **Completaremos los formularios de seguro y presentaremos reclamaciones en su nombre,** aunque no aceptamos responsabilidad por el resultado de la transacción. Esto se hace como una cortesía. Esto de ninguna manera elimina su obligación por los cargos incurridos.
- **No garantizamos que su compañía de seguros pague por el tratamiento que ha recibido.** Usted está contratado con su compañía de seguro y no entraremos en disputa con su Compañía de Seguro sobre una reclamación. Sin embargo proporcionaremos la documentación necesaria a la compañía de seguro. En última instancia, es su responsabilidad resolver cualquier tipo de disputa sobre los pagos realizados o no realizados por su compañía de seguro.
- La mayoría de las compañías de seguros pagarán entre 30-60 días desde el momento de la facturación. Si la reclamación no se paga dentro de ese plazo, se le pedirá que pague el saldo en su totalidad.

Requerimos su pago de el tratamiento echo el dia que se le brinden los servicios. Estan son las maneras de dar pagos;

Efectivo Debito/Credito Cheque (depositado mismo dia) Care Credit

He leído y entiendo los términos y condiciones anteriores. Autorizo a mi compañía de seguro dental a pagar mis beneficios dentales directamente a Olive Dental Care.

Firma de Paciente

Fecha