

REGISTRO DEL PACIENTE

Número de paciente ABC Fecha actual _____

Nombre del paciente _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección particular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Marque con un círculo una sola opción: Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a Su N.º de Seguro Social _____

N.º de teléfono particular _____ N.º de teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____

Datos de su empleador _____ N.º de teléfono del trabajo _____ laboral _____ Antigüedad _____

¿Es usted estudiante de tiempo completo? Sí No Si el paciente es menor, necesitamos: de la madre _____ Fecha de nacimiento del padre _____

Persona responsable de la cuenta N.º de licencia de conducir _____ Relación _____

Nombre del cónyuge (padre o madre si es menor) N.º de Seguro Social del cónyuge (padre o madre) _____

Empleador del cónyuge (padre o madre) N.º de teléfono del trabajo _____ celular _____ N.º de teléfono _____

INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA
Nombre, dirección y teléfono de un pariente que no viva con usted _____

Razón de esta visita _____

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (proveedor principal)		Si tiene una cobertura de seguro de dos dígitos, complete lo siguiente para la segunda cobertura:	
Nombre del asegurado		Nombre del asegurado	
Empleador del asegurado		Empleador del asegurado	
Empresa aseguradora		Empresa aseguradora	
Dirección de la empresa aseguradora		Dirección de la empresa aseguradora	
N.º de teléfono	Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social		N.º de Seguro Social	
N.º de grupo	N.º local	N.º de grupo	N.º local

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestro consultorio como su proveedor de cuidado de la salud dental. Nuestro compromiso es brindarle el cuidado dental de la más alta calidad durante toda su vida, de manera que pueda lograr una óptima salud bucal. A continuación, encontrará una declaración de nuestra política financiera. Necesitamos que la lea, que esté de acuerdo y que la firme antes de iniciar cualquier tratamiento. Tenga en cuenta que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. El pago se vence en el momento en que se presta el servicio. Nuestro consultorio acepta dinero en efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa y Discover. Se encuentra disponible la opción de financiamiento externo, previa solicitud y aprobación.

Marque la casilla si desea recibir más información sobre las opciones de financiamiento.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En caso de que sea necesario solicitar servicios de recaudación o asistencia legal, usted se hará cargo de hasta el 35% de los cargos legales o de recaudación.

¿Tiene seguro?

- Como gentileza, lo ayudaremos a procesar todos sus reclamos de seguro. Tenga en cuenta que le proporcionaremos un cálculo aproximado de lo que cubriría el seguro; sin embargo, no le garantizamos que su seguro le pagará exactamente dicho monto. En última instancia, su empresa aseguradora y los beneficios de su plan determinarán el monto a pagar. Sin dudas, haremos todo lo posible para garantizarle que el cálculo sea lo más preciso posible.
- Todos los gastos que genere serán su responsabilidad, independientemente de la cobertura de su seguro. Debemos resaltar que como su proveedor de cuidado dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, y no con su empresa aseguradora. La política de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la empresa aseguradora. Nuestro consultorio no forma parte de ese contrato.
- Nuestra práctica tiene el objetivo de brindarles el mejor tratamiento a nuestros pacientes, y cobramos las tarifas usuales y acostumbradas para nuestra área. Usted es responsable del pago, independientemente de cualquier determinación arbitraria sobre las tarifas usuales y acostumbradas de su empresa aseguradora.
- Le solicitamos que firme este formulario y cualquier otro documento que su empresa aseguradora pueda necesitar. Este formulario le informa a su empresa aseguradora que realice el pago directamente a nuestro consultorio.
- Le solicitamos que pague un deducible y un copago, que es el monto estimado no cubierto por su empresa aseguradora, ya sea con dinero en efectivo, cheque, MasterCard, Visa o Discover, en el momento en que se le presta el servicio.
- Generalmente, los pagos del seguro se reciben dentro de 30 a 60 días a partir de la fecha de la presentación del reclamo. Si su empresa aseguradora no realiza el pago dentro de los 60 días, le solicitaremos que se ponga en contacto con su empresa aseguradora para informarles que estamos esperando el pago. Si no recibimos el pago o si su reclamo es rechazado, usted deberá pagar el monto total en ese momento.
- Cooperaremos en todo lo que esté a nuestro alcance, con las reglamentaciones y los pedidos de su empresa aseguradora, para que se pague su reclamo. Sin embargo, nuestro consultorio no entrará en disputas con su empresa aseguradora por ningún reclamo.

Le agradecemos la oportunidad de poder satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud dental y responderemos cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cuidado o a nuestra política financiera.

Consentimiento:

LEI, COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE. AUTORIZO A MI EMPRESA ASEGURADORA A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A MI CONSULTORIO DENTAL. Comprendo que es mi responsabilidad pagar los servicios dentales proporcionados por este consultorio a mí y a las personas que están a mi cargo, que vencen y se deben pagar en el momento en que se prestan, a menos que se hayan realizado arreglos financieros. También comprendo que los cargos financieros, de recaudación y de refacturación, y los honorarios de los abogados se agregarán a cualquier saldo vencido.

Mediante su firma abajo, nos autoriza a ponernos en contacto telefónico con usted al número que nos indique, incluidos teléfonos móviles o dispositivos similares, por motivos legales. Acepta las tasas o cargos en los que pudiera incurrir por la recepción de llamadas de nuestra parte, o de las llamadas que realice para contactar con nosotros, a o desde cualquier número de teléfono, sin reembolso por nuestra parte.

Firma del paciente (padre o madre si es menor) _____

Fecha _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Marque la casilla si tuvo alguno de los siguientes problemas.

Sí No

- Sensibilidad (al calor, frío, a los dulces o a la presión)
- ¿Dónde? Arriba a la derecha Abajo a la derecha Arriba a la izquierda Abajo a la izquierda
- Dolores de cabeza, dolor de oído, dolor de cuello
- Dolor de la articulación de la mandíbula
- Ruptura de dientes o de empastes
- Rechinamiento de dientes
- Sangrado, hinchazón o irritación de las encías
- Dientes flojos, torcidos o encimados
- Mal aliento

¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes opciones?

- Prótesis dentales
- Prótesis parciales
- Ortodoncia
- Tratamientos periodontales (encías)

Indique las siguientes fechas:

- Su última limpieza _____ / _____
- Su último control de cáncer oral _____ / _____
- Sus últimos rayos X completos _____ / _____

Nombre de su dentista anterior _____

Ciudad _____ Estado _____

Número de teléfono _____

¿Qué es lo más importante para usted sobre su futura sonrisa y su salud dental? _____

¿Qué es lo más importante para usted sobre su visita dental de hoy? _____

Si pudiera blanquear sus dientes por un costo que cualquier persona podría pagar, ¿lo haría?

Sí No

¿Fuma o consume tabaco de mascar?

¿Cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

Si pudiera cambiar mi sonrisa, quisiera que:

- Sea más blanca
- Tuviera dientes más rectos
- Tuviera espacios más cerrados
- Reemplacen mis empastes de metal negro con restauraciones del color de mis dientes
- Reemplacen mis dientes astillados
- Me coloquen los dientes que me faltan
- Reemplacen mis coronas viejas que no combinan
- Me realizaran un embellecimiento de la sonrisa

EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, EN LA QUE 10 ES LA CALIFICACIÓN MÁS ALTA:

¿Qué importancia le da a su salud dental?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Con qué puntaje calificaría a su salud dental actual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué puntaje le gustaría tener para su salud dental?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué dejó de visitar a su dentista anterior? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque la casilla si tuvo alguno de los siguientes problemas o afecciones:

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (estacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción a drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VPH (virus del papiloma humano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (dolor de pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de la articulación de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la glándula tiroideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones cardíacas (congénitas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formación rápida de hematomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo/depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____		
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiación (cabeza/cuello)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Medicamentos con cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

¿Es alérgico o tuvo una reacción adversa a alguno de los siguientes medicamentos?

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Percodan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darvon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óxido nítrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésico local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Otros _____		

¿Alguna vez tomó alguno de los siguientes medicamentos?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Actonel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zometa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aredia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boniva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fosamax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suplementos a base de hierbas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reclast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Está recibiendo algún tratamiento de su médico? ¿Para qué es el tratamiento? _____

¿Qué medicamentos toma actualmente? _____

Médico de cabecera _____

Número de teléfono _____

Consentimiento:

Por el presente, el abajo firmante autoriza al Médico a sacar rayos X, a tomar modelos de estudio, fotografías y otro tipo de ayuda diagnóstica que el Médico considere necesaria para realizar un diagnóstico detallado de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Médico a que me realice cualquier tratamiento o terapia, y a que utilice cualquier medicamento necesario. También comprendo que el uso de agentes anestésicos implica un cierto riesgo. Leí, comprendo y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones mencionadas anteriormente.

Firma del paciente (padre o madre si es menor) _____

Fecha _____

Firma del dentista _____