

Dr. Celia Turner
228 Seventh St.
Eaton, CO 80615
(970) 454-2326

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre
 Hombre Mujer Casado Soltero Niño _____
de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____
Licencia de Manejar # _____
Dirección: _____
Calle # del Apartamento
Cuidad Estado Zona Postal

Informacion Dental y Médica

Fecha de su última visita dental: _____ Razón para la visita _____

Ha tenido algunas de las siguientes enfermedades? Favor de chequear las que ha tenido:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Sangría anormal | <input type="checkbox"/> Problemas mentales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Nerviosidades | <input type="checkbox"/> Tos con sangre |
| <input type="checkbox"/> Fuma o usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| _____ | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Reacciones a drogas | <input type="checkbox"/> Fecha del parto: _____ | <input type="checkbox"/> Alergia a la codeína |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Golpes a la cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina |
| <input type="checkbox"/> Huesos artificiales | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones | Otras alergias: |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Enf. Reumatica | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Problemas con el tiroide _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presion sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Sinusitis | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | | |

• Há tenido alguna dificultad séria asociada con cualquier tratamiento dental anteriormente? Si No

Si es así, explique: _____

• Há estado en un hospital durante los ultimos dos años? Si No

Si es así, explique: _____

• Está en el presente bajo el cuidado de un médico? Si No

Si es así, explique: _____

• Nombre del médico: _____ Medicaciones _____

• Tiene otros problemas del salud para clarificarse? Si No

Si es así, explique: _____

Gracias por escoger nuestra oficina para su tratamiento dental. Aún reconociendo los beneficios de una sonrisa graciosa y dientes que funcionan bien, debe realizar que tratamiento dental, como tratamiento de cualquier parte del cuerpo, tiene unos riesgos. Riesgos asociados con tratamiento dental incluyen pero no están limitados a: Reacción a las drogas (alergia o sensibilidad), Hormigeo de término largo de la anestesia o cirugía, ternuridad de los músculos o la mandíbula por mantener la boca abierta para la cita, sensibilidad de los dientes o las encías, infección, sangrarse mucho, y tragar o respirar objetos chicos durante tratamiento. Éstos riesgos usualmente no son tan graves a prevenir tratamiento pero deben de ser considerados cuando está decidiendo sus tratamientos.

Yo créo que todo lo anterior es correcto. Si tengo un cambio, yo les aviso en la próxima cita inmediatamente.

Fecha: _____

Firma de paciente o familiar

Datos de la persona responsable para pagar

La siguiente información es para: Esposo/a del paciente la persona quien va a ser responsable para pagar

Nombre: _____
 Hombre Mujer Casado Soltero Niño Other _____

de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____

Dirección: _____
Calle/ Street _____ # Apartamento# _____
Cuidad /City _____ Estado/ State _____ Zip Code _____

Datos de Empleado

Para: El paciente la persona responsable para pagar

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle/ Street _____ Cuidad/City _____ Estado/ State _____ Zip Code _____

Información de Aseguranza

Primaria

Nombre del asegurado: _____ Es paciente de aquí? Si No
Apellido Ier. Nombre 2ndo. Nombre

Fecha del nacimiento: _____ ID #: _____ # del grupo: _____

Dirección del asegurado: _____
Calle Cuidad Estado Zip Code

Nombre de empleador del asegurado: _____

Dirección: _____
Street City State Zip Code

Relacion del paciente al asegurado: Mismo Esposo/a Niño Otro _____

Dirección de la compañía de la aseguranza _____

Condiciones para Servicios

Como una condición de su tratamiento dental para esta oficina, los arreglos financieros necesitan ser hechos antes del tratamiento. La oficina depende de los pagos de los pacientes y la responsabilidad de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento.

Todos los servicios de emergencia deben de estar pagados en la misma cita.

Pacientes con aseguranza dental deben saber que todos los servicios dentales están cobrados directamente al paciente y que el paciente tiene toda la responsabilidad de pagar los servicios. Esta oficina les ayuda a preparar todos las formas de la aseguranza y les ayuda en collectionar de la aseguranza para aplicar los pagos a su cuenta. La oficina no puede esperar que toda la cuenta va a estar pagada por la compañía de la aseguranza dental. Yo autorizo que los beneficios dentales sean pagados directamente a ésta oficina por la compañía de aseguranza dental.

Una recarga de servicio de 1 ½ % (18% anualmente) se impone en todas las cuentas debidas mas que 60 días con un mínimo de \$5.00 cada mes.

Yo entiendo que cualquier estimado que recibo de los servicios dentales aplica solamente por 6 meses de la fecha de que me lo dan.

Yo estoy de acuerdo que todos los servicios que me hagan serán pagados por mi parte en el tiempo que estan hechos, o dentro de 5 días de la fecha en la cuenta, si me dan credito. También estoy de acuerdo que el valor razonable de los servicios es el valor de la cuenta, a menos de que yo proteste en escrito, dentro del tiempo que la cuenta deber ser pagada. También estoy de acuerdo que si alguna condicion de este contrato no es enforzada, yo soy responsable por las otras condiciones de este contrato incluyendo gastos de abogados.

Yo autorizo al personal de ésta oficina para que contacten por teléfono a mi casa o a mi trabajo para hablar acerca de las cosas mencionadas aquí.

Yo entiendo que hay riesgos y beneficios al tratamiento dental y no se puede predecir siempre los resultados con seguridad debido a circunstancias que no se pueden controlar. Yo doy mi permiso a mi dentista y sus empleados a tomar cualquier radiografías o modelos para diagnosticar y hacer el tratamiento.

Yo he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de ésta oficina.

Yo he leído todo lo anterior y estoy de acuerdo.

Fecha: _____ Relación a el paciente: _____
Firma del paciente o familiar

Fecha: _____ Relación a el paciente: _____
Firma de la persona responsable