

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/patient information

Nombre Completo/Full name: _____ **Nombre Preferido:** _____

Número de celular/Cell phone number: _____ **Número Secundario/Sec.number:** _____

Fecha de Nacimiento/DOB: _____ **Numero de Seguro Social/SS#:** _____

Sexo/sex: M F **Estado Familiar/family status:** **Casado(a)/married** **Soltero(a)/single** **Niño(a)/child**
 Otro/other

Dirección/address: _____ **Ciudad/city:** _____ **Estado/state:** _____

Código Postal/zip : _____

Empleador/employer: _____

Número de Identificación/ID: _____ **Correo Electrónico/email:** _____

PERSONA RESPONSABLE DE SEGURANSA/RESPONSIBLE PARTY:

Nombre de Seguransa/ins name: _____ **Número de Identificación/memberID:** _____

Primario en seguransa/primary ins. holder _____

Fecha de Nacimiento/DOB: _____

Numero de Identificacion/ID # _____ **Numero de Telefono/phone #:** _____

Dirección/address: _____ **Ciudad/city:** _____ **Estado/state:** _____

Código Postal/zip: _____

Empleador/employer:: _____

Nombre de su Médico/PCP: _____ **Número de Teléfono/phone #:** _____

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN LE PODEMOS LLAMAR?/In case of emergency who may we contact:

Nombre/name: _____ **Numero/Number:** _____ **Parentezco/relationship:** _____

A quien le agradecemos la referencia?/referred by: _____

¿TIENE un historial de/ Do YOU have a history of:

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo/AIDS/HIV Pos.	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Malignidades/malignacies
<input type="checkbox"/> Alcoholismo/Alcoholism	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental Mental Health Disorders
<input type="checkbox"/> Allergias /Allergies	<input type="checkbox"/> Heridas en la Cabeza/head injuries	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral/mitral valve prolapse
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sordo/deaf	<input type="checkbox"/> Problemas de cuello o espalda/neck or back problems
<input type="checkbox"/> Artritis /Arthritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon/heart disease	<input type="checkbox"/> Desórdenes nerviosos/nervous disorders
<input type="checkbox"/> Asma /Asthma	<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca,soplo/stents	<input type="checkbox"/> Marcapasos/pacemaker
<input type="checkbox"/> Desorden Autoinmune/auto immune disorder	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales/artificial joints
Tipo(s)_____	Tipo(s)_____	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación/radiation treatment
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre/blood disorder	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado /liver disease	<input type="checkbox"/> Desorden respiratorio/Respiratory Problem
<input type="checkbox"/> Desorden de los huesos/Bone disorder	<input type="checkbox"/> Alta Presion/high blood pressure	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática/Rheumatic Fever
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación/joint replacement	<input type="checkbox"/> Escarlatina/Scarlet Fever
<input type="checkbox"/> Dependencia Química/Chemical dependency	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Desmayos/Fainting spells
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho/chest pain	<input type="checkbox"/> Ictericia/jaundice	<input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis/Sinus problems
<input type="checkbox"/> ProblemasCirculatorios /Circulatory Problems	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon /Kidney Disease	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral /Stroke
<input type="checkbox"/> Convulsiones/ seizures	<input type="checkbox"/> Diálisis de riñón/Kidney Dialysis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides/Thyroid Disease
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo _____	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al látex/latex sen.	<input type="checkbox"/> Tuberculosis/Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo/excessive bleeding	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Tumores/Tumors
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Epilepsy	<input type="checkbox"/> Presion Baja/low blood pressure	<input type="checkbox"/> Úlceras/Ulcers

PREGUNTAS MEDICAS/Medical Questions:

Indique los medicamentos que está tomando (incluidos los medicamentos sin receta)/Please list any medications you are taking. (including non-prescription drugs)

Es usted alérgico a algún medicamento?/allergies to any medications? Si No

En caso afirmativo, enumere a continuación/If yes, please list below:

Esta en buena salud/Are you in good health?

Si No

Fecha del último examen médico/Date of last medical exam:_____

Por favor enumere las hospitalizaciones y /o cirugías a continuación/Please list any hospitalizations and/or surgeries:

SOLO PARA MUJERES/For women only:

Esta tomando pastillas anticonceptivas?/Are you taking birth control pills? Si No

¿Esta embarazada?/Are you pregnant? Si No

Cuándo es su fecha del parto/Due date:_____

Tiene alguna enfermedad/problema del que nos debe informar?/Do you have any disease/problema you think we should know about? Si No

En caso afirmativo, explique a continuación/ If yes, please explain below:

Ha tenido una operacion de transplante que ha deprimido su sistema inmunologico?/Have you had a transplant operation that has depressed your immune system? Si No

Ha tenido una reacción alérgica a algún alimento/Have you ever experienced an allergic reaction to any food? Si No

Fuma o mastica tabaco/Do you smoke or chew tobacco? Si No

Ha tenido una cirugía de corazón/Have you had a heart surgery? Si No

Está ahora bajo el cuidado de un médico/Are you currently under the care of an MD? Si No

Está tomando o ha tomado alguna vez bifosfonatos? (Fosamax o Actonel para osteoporosis, quimioterapia) Are you or have you ever taken biphosphonates? (Fosamax or Actonel for Osteoporosis, chemotherapy) Si No

Existe la posibilidad de embarazo?/Is there a possibility of pregnancy? Si No

Esta amamantando?/Are you nursing/breastfeeding? Si No



DOWNTOWN
Family Dentistry

Drs. Matthew and John Walker

INFORMACION DE HISTORIA DENTAL/Dental History

Fecha de la última visita dental?

Date of last dental visit? _____

Nombre de dentista previo/Name of previous dentist:

Motivo de la visita de hoy?/Reason for today's visit? _____

Alguna vez ha tenido un examen de detección de cáncer oral?/Have you ever had an oral cancer screening?

Si No

Tiene problemas de mal aliento?/Do you have problems with bad breath? Si No

Con qué frecuencia usa el hilo dental?/How often do you use dental floss? _____

Le sangran las encías cuando se cepilla?/Do your gums bleed when you brush Si No

Alguna vez ha usado un cepillo de dientes eléctrico?/Have you ever used an electric toothbrush? Si No

Alguna vez ha tenido complicaciones de una extracción?/Have you ever had complications from an extraction? Si No

Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a una corona, un relleno metálico, o un aparato dental?/Have you ever had an allergic reaction to a crown, metal filling, or dental appliance? Si No

¿Ha tenido alguna vez un chasquido o un clic cerca de su oído cuando mastica?/Have you ever had a popping or clicking near your ear when you chew? Si No

Eres propenso a los frecuentes dolores de cabeza?/Are you prone to frequent headaches? Si No

Usted ronca?/Do you snore? Si No

Sus dientes son sensibles al calor, al frío, o a la presión?/Are your teeth sensitive to hot, cold, or pressure? Si No

En una escala del 1 al 10, donde 10 es la más alta, ¿qué importancia tiene para usted su salud dental?/On a scale of 1 to 1, with 10 being the highest, how important is your dental health to you?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si pudiera cambiar algo sobre su sonrisa, ¿Que sería/ If you could change something about your smile, what would it be?

Mas blancos/ Whiter

Enderezar los dientes/ Straighter

Cerrar espacios/ Close space(s)

Reemplazar los rellenos antiestéticos/Replace non aesthetic fillings

Reparar dientes astillados/Repair chipped teeth

Reemplazar dientes ausentes/Relace missing teeth

Menos encías mostrando/Less gums showing

Reemplazar las coronas o tapas viejas que no coincidan/Replace old crowns or caps that do not match

Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (como frenos)?/Have you ever had an Orthodontic treatment (such as braces)? Si No

Aprietas o rechinas los dientes?/ Do you clench or grind your teeth? Si No

Tiene llagas, ampollas, o hinchazón en las encías, los labios, o las mejillas? /Do you have sores, blisters, or swelling on your gums, lips, or cheeks? Si No

Certifico que he leído y entiendo las preguntas, arriba. Reconozco que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error que haya cometido al completar este formulario.

Adulto/tutor: Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento indicado en mi formulario de examen, incluido el uso de anestésicos, sedantes o rayos X, según lo considere el médico el caso.

Firma del Pacient: _____ **Fecha:** _____

Firma del/ Tutor (si el paciente es menor de edad):

Padre: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS/Consent for services

Como condición de tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado. La responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin acuerdos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se realizan los servicios, a menos que se realicen otros arreglos. Los pacientes con seguro dental entienden que todos los servicios dentales se cobran directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro del paciente o ayudará a realizar cobros de las compañías de seguros y acreditará cualquier cobro a la cuenta del paciente. Sin embargo, este consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros. Se cobrará un cargo de servicio del 1% por mes (18% por año) sobre el saldo impago en todas las cuentas que superen los 60 días, a menos que se cumplan los acuerdos financieros escritos previamente. Entiendo que cualquier tarifa para esta atención dental solo puede extenderse por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente. En consideración por los servicios profesionales que me prestó esta práctica, acepto pagar los cargos por los servicios en el momento del tratamiento, o dentro de los cinco (5) días de facturación si se extiende el crédito. Además, acepto que los cargos por los servicios serán los facturados, a menos que yo los haya presentado, por escrito, dentro del plazo de vencimiento del pago. Además, estoy de acuerdo en que la renuncia a cualquier infracción de cualquier momento o condición en este documento no constituirá una renuncia a ningún otro término o condición, y estoy de acuerdo en pagar todos los costos y honorarios razonables de los abogados si la demanda se instituye en este documento. Le doy mi permiso a usted o a su representante, para que me llame por teléfono para hablar sobre esta declaración o mi tratamiento. Estoy de acuerdo en que cualquier disputa sobre la razonabilidad o el cálculo de los aranceles, o cualquier reclamo de actos u omisiones negligentes o intencionales en la prestación de servicios profesionales por parte de cualquier miembro de Downtown Family Dentistry, el dba Matthew E. Walker, John P. Walker o cualquier otro miembro del personal miembro de Downtown Family Dentistry, será sometido a arbitraje vinculante. Tanto el médico como el paciente entienden que al aceptar presentar todas las reclamaciones o afirmaciones que el paciente o el médico puedan tener contra el otro como resultado de este acuerdo, todas las disputas se resolverán mediante arbitraje.

Firma de Paciente (Padre/Tutor) : _____ Fecha: _____

*** He leído las condiciones anteriores de tratamiento y pago y acepto su contenido.**

A continuación se presentan las complicaciones más comunes con los procedimientos dentales. Lea estos y pregúntele al dentista cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su tratamiento. Entendiendo que debido a la naturaleza de los problemas y el tratamiento dental, no hay garantías de éxito o fracaso.

Inyecciones: hinchazón, moretones, dolor y, en raras ocasiones, entumecimiento a largo plazo o permanente. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Rellenos: caries recurrentes, roturas, sensibilidad dental, pueden requerir tratamiento del conducto radicular, corona o extracción. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Coronas: decaimiento recurrente, corona suelta, sensibilidad dental, puede requerir reemplazo, re-cementación, tratamiento del conducto radicular o extracción. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Puentes - lo mismo que una corona. Además, un puente puede romperse requiriendo reemplazo. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Conductos radiculares: dolor persistente, infección, hinchazón, separación de instrumentos que puede requerir tratamiento adicional por parte de un especialista o una extracción. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Extracciones: sangrado persistente, dolor, infección, hinchazón, comunicación sinusal oral, rotura de la punta de la raíz, entumecimiento permanente en el área general de extracción, que requieren tratamiento adicional por parte de un especialista. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Parciales: dolor por nuevo ajuste parcial que requiere, dificultad para hablar y comer, alergias a metales. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Dentaduras - lo mismo que los parciales. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Tratamiento periodontal: sangrado persistente, infección, dolor, hinchazón, pérdida de dientes. Posible necesidad de un nuevo tratamiento o tratamiento adicional por un especialista periodontal. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

Implantes: falla del implante (en algunos casos poco después de la colocación), infección, entumecimiento a largo plazo o permanente, pérdida de hueso alrededor del implante debido a una enfermedad de las encías. Se ha observado disfunción de la articulación TM en casos seleccionados.

He leído la información anterior sobre las posibles complicaciones del tratamiento dental y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga relacionada con mi tratamiento.

Firma del paciente (Padre/Tutor): _____ Fecha: _____

Como usted y la compañía de seguros. Debido a que existen varios planes y pólizas de seguro, es imposible para nosotros conocer la cobertura dental de todos. No podemos ser responsables de lo que las compañías de seguros no pagan. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para darle el presupuesto más preciso de acuerdo con nuestra experiencia, pero es su responsabilidad conocer su propia cobertura de seguro. Su copago estimado se debe al momento del servicio, a menos que sea una cortesía financiera previa con nuestros pacientes, estaremos encantados de presentar su seguro dental para usted; sin embargo, su seguro es un contrato entre los acuerdos que se han hecho con el Gerente de la Oficina. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, Care Credit, Lending Club y todas las principales tarjetas de crédito. Hay un cargo de \$ 25 por cualquier cheque devuelto. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por los servicios prestados que no están cubiertos completamente por el seguro y se me puede facturar por este saldo restante. Consiento y acepto ser financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre de mis dependientes (si corresponde).

POLÍTICA DE CONFIRMACIÓN Y CANCELACIÓN DE NOMBRAMIENTOS/APPOINTMENT
CONFIRMATION AND CANCELLATION POLICY

Un tiempo de cita reservado en cualquier consultorio dental es limitado y valioso. Es extremadamente importante que todas las partes respeten sus citas dentales reservadas. De lo contrario, se priva a nuestros otros pacientes de recibir su atención dental de manera oportuna. Respetuosamente requerimos que las citas programadas sean confirmadas con al menos 48 horas de anticipación. Las citas no confirmadas dentro de las 24 horas serán liberadas. Aceptamos la confirmación por llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico. Se requiere una llamada telefónica para cancelar o reprogramar citas.

POLÍTICA DE PACIENTE TARDE/LATE PATIENT POLICY

A los pacientes que llegan más de quince (15) minutos tarde a su cita programada se les puede pedir que reprogramen su cita como cortesía para nuestros otros pacientes programados.

Le agradecemos enormemente por ser un paciente valioso y por su comprensión y cooperación.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Al firmar entiendo y acepto las políticas anteriores.

Firma del paciente (Padre/Tutor): _____ Fecha: _____