

Smile Center – Registro de Paciente

Fecha: _____

Nombre de Paciente _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento _____ SS # _____ Edad _____ Sexo: M _____ F _____

Solo(a) _____ Casado(a) _____ Otro _____ Email: _____

Dirección de Calle: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Comunicación Preferida (Circule Uno): Teléfono Celular Teléfono de Casa Email Mensaje

Teléfono Celular _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono de Empleador _____

Medida de Camiseta _____

Empleador? _____ Estudiante? Sí _____ No _____

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ # de Teléfono _____

Si paciente es menor de edad:

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Teléfono _____

Nombre de Padre _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Teléfono _____

*Por favor nombra cualquier otro adulto que pueda acompañar el menor a sus citas:

Nombre _____ Relación _____ Numero _____

Nombre _____ Relación _____ Numero _____

Persona Responsable de Cuenta (Si no es paciente)

Nombre _____ FDN _____ SS# _____

Dirección de Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Teléfono _____ Empleador _____

¿Como escucho hacia nosotros? _____ Páginas Amarillas _____ Letrero de Oficina _____ Cartelera

Familia/Amigo(a) _____ Facebook _____ Página de Internet _____ Otro _____

****Asegurancia Dental-** Por favor presente su tarjeta en el escritorio a su llegada. Una copia de su tarjeta estará guardada en archivo y actualizada cada año.

Historia Medical de Paciente

¿Tiene algún problema medical o está debajo del cuidado del cuidado de los médicos? No _____ Si _____

Por favor díganos porque _____

¿Qué MEDICAMENTOS (incluyendo medicamentos de venta libre) está tomando?

¿Embarazada? No _____ Si, fecha que se va aliviar: _____

¿Fuma? No _____ Si; #de cajetillas al día _____ ¿Otro tabaco? _____

Circule Cualquiera de los siguientes que ha tenido o que actualmente tiene:

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Válvula del Corazón Artificial | SIDA/VIH Positivo | Tuberculosis |
| Lesiones Congénitas del corazón | Hepatitis A (Infeccioso) | Asma |
| Cirugía del corazón/trasplante | Hepatitis B (Infeccioso) | Problemas sinusales |
| Articulaciones artificiales | Hepatitis C | Alergias |
| Endocarditis Infecciosa | Fiebre Reumática | Diabetes |
| Problema de Riñón | Hemofilia (problemas de sangrado) | Tiroides |
| Prolapso de la válvula mitral | Quimioterapia | Ulceras |
| Enfermedad del Corazón o Ataque | (Cáncer, Leucemia) | Epilepsia/Convulsiones |
| Presión Alta | Tratamiento de Radiación | Artritis |
| Angina de Pecho | Ampollas de Fiebre | Glaucoma |
| Ataque de Corazón | Enfermedad venerea | Enfisema |
| Soplo Cardiaco | Herpes | Adicción a drogas |
| Marcapasos | Problema del hígado | |

Circule Tiene alergia o reacciono negativamente a:

| | | |
|--------------------------|-----------------|--------------|
| Lates | Anestesia local | Penicilina |
| Aspirina | Codeína | Eritromicina |
| Oxigeno Nitroso (El gas) | | |

*¿Sabe si tiene alergia a otro medicamento o sustancia? No _____ Si _____

Por favor díganos cuales _____

¿Quién es su médico? _____

Historia Dental

¿Cuánto tiempo desde que ha visitado un dentista? _____ Condición de Salud Dental: BUENA JUSTA POBRE

¿Está teniendo problemas actualmente? No _____ Si _____

¿Tiene miedo o está nervioso sobre tratamiento dental? No _____ Si _____

¿Sangran sus encías? ¿Se sienten tiernas o irritables? No _____ Si _____

¿Sus dientes son sensibles a lo caliente, frio, dulce? No _____ Si _____

¿Esta infeliz con la apariencia de sus dientes? No _____ Si _____

¿Sabe si aprieta o rechina sus dientes? No _____ Si _____

¿Tiene dientes descoloridos que le molestan? No _____ Si _____

¿Tiene dolores de cabeza, oídos, o cuello? No _____ Si _____

¿Le gustaría si su sonrisa se mirara diferente o mejor? No _____ Si _____

¿Usa el hilo dental con frecuencia? No _____ Si _____

¿Cómo se siente acerca de sus dientes? _____

Póliza Financiera

Estamos agradecidos que no ha escogido a nosotros como su probadora dental. Es muy importante para nosotros que estabilizamos la clase de relación para usted que le da el mejor cuidado en el mejor ambiente agradable posible.

Pago es debido el día del servicio y ofrecemos varias opciones para su conveniencia. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, y Discover al igual planes de pagos extendidos sin interés cuando aprobamos crédito. Ofrecemos el 5% de descuento en trabajos grandes cuando paga todo en efectivo o cheque a hora de servicio. En caso de que su cuenta con nosotros se vuelva delinciente, haremos el esfuerzo para formar un acuerdo de pago, para que su cuenta este en buen estado. Si ningún acuerdo puede ser acordad, su cuenta será entregada a una compañía de collación.

Iniciales _____

Seguro Dental

Estamos felices de aceptar asignación de beneficios del seguro de compañía de seguridad. Como cortesía para usted, nosotros presentaremos su seguro y le ayudaremos maximizar sus beneficios. Estimaremos su cobertura de seguro y su parte de tratamiento, que es debido el día de servicio. Ya que es un estimado nada más, es posible que tenga un balance adicional debido o que tendremos que emitir un reembolso después de haber recibido pago de su seguridad.

Es muy importante de nota que el balance en su cuenta es su responsabilidad independientemente de la cobertura de su seguridad.

Iniciales _____

Cancelaciones y Citas Cambiadas

Por favor ayúdenos servirle a usted y a todos nuestros pacientes mejor al mantener su cita programada. Haremos el intento de contactarlo para recordarle de su próxima cita por texto. (si esta inscrito en el servicio), correo electrónico, o por teléfono. Por favor déjenos saber si el día y la hora todavía funcionan bien con su horario. Si es necesario cambiar el día o horario por favor déjenos saber al menos 8 horas antes. Si suficiente aviso no es dado, se le cobrará una tarifa de \$35 automáticamente por su cita perdida. Le pedimos que haga todo lo posible para mantener su cita reservada.

Iniciales _____

Comunicada de Fotos

Smile Center toma fotos por varias razanos incluyendo educación, diagnóstico, tratamiento, prueba de seguro al igual de testimonio. Por favor ponga sus iniciales abajo para indicar su comunicado de fotos.

Iniciales _____

Resumen de Aviso de Practicas de Privacidad

Smile Center mantiene archivos de cada visita que hace a nuestra oficina y estamos comprometidos proteger su salud y salud dental a lo largo con nuestra impresión profesional, diagnóstico, y tratamiento. El archivo pertenece a Smile Center pero la información es de usted. _____

Smile Center "Aviso de prácticas de privacidad" es una explicación detalla de como podemos usar su información de salud y su derecho a inspeccionar, duplicar, y enmendar lo que es grabado. Estamos requeridos por ley y por nuestro propio código ético de mantener la información que nos ha dado confidencial, de darle una copia de este "aviso" y de seguir las practicas indicados en el "Aviso."

Tiene el derecho de tener una copia de este "Aviso". Por favor escoge su opción abajo.

- Estoy solicitando una copia de Smile Center "Aviso de Prácticas de Privacidad."
- No deseo recibir una copia de Smile Center "Aviso de Prácticas de Privacidad" al momento. Reservo el derecho de solicitud una copia en otro momento.

Con quien podemos compartir su información? _____

Al firmar este formulario, reconozco que he leído comprendo las pólizas de Smile Center

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____