ELGIN DENTAL ASSOCIATES CAROL STREAM DENTAL ASSOCIATES

¡Bienvenido!

Información Sobre el Paciente

Fecha de hoy ____/____/____

Apellido_____ Nombre _____ Inicial_____

Nombre y Apellido de su esposo(a) _____
(Si es menor nombre y apellido de la madre y del padre)

_____/_____/_____ _____ Correo Electrónico:_____@_____
Fecha de Nacimiento Seguro Social

Dirección _____ Ciudad_____ Código Postal_____

Casa:_____ Celular:_____

Trabajo:_____ Otro:_____

Normalmente contactamos a nuestros paciente entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m.
A que numero prefiere que le llamemos:

Llame a este numero 1ro:	CASA	TRABAJO	CELULAR
Llame a este numero 2do:	CASA	TRABAJO	CELULAR
Llame a este numero 3ro:	CASA	TRABAJO	CELULAR

Si no esta disponible a la hora que le contactemos, ¿podemos dejar información sobre su salud dental o sobre su aseguranza dental con otra persona? Por favor circule todas las que apliquen:

NO SI, con: _____ Deje un mensaje en: CASA TRABAJO CELULAR

¿En caso de alguna emergencia, a quien debemos de contactar?

Nombre_____ Teléfono_____

Relación con el paciente: _____

REFERENCIA

¿A quien podemos agradecerle por haberle referido a nuestra oficina?

□Familiar/Amigo:

Nombre: _____

□Pasando por el área.

□ Compañía de Seguro

□ Busqueda por Internet

□Paginas Amarillas(libro or internet)

□Otro:_____

Persona Responsable:

Nombre de la persona responsable por esta cuenta_____Relacion con el Paciente_____

Dirección:_____ Ciudad_____Código Postal_____

Numero de Teléfono:_____ Fecha de Nacimiento:____/_____/_____

Numero de Seguro Social:_____ Numero de Licencia de conducir:_____

Nombre del lugar de trabajo_____ Numero de Teléfono del trabajo:_____

¿Es esta persona paciente de la oficina? SI NO

(Favor de llenar el reverso de esta pagina)

INFORMACIÓN SOBRE SU COMPAÑÍA DE SEGURO-(SEGURO PRINCIPAL)

Nombre de la persona principal en el Seguro: _____

Número de Seguro Social_____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

Nombre de su compañía de Seguro_____ Teléfono (____) _____-_____

Dirección _____ Numero del Grupo _____

Compañía para la que trabaja: _____ Teléfono (____) _____-_____

Dirección_____ Ciudad_____ Código Postal _____

¿Cuánto beneficio de su seguro ha usado este año? _____

INFORMACIÓN SOBRE SU COMPAÑÍA DE SEGURO-(SEGUNDO SEGURO, Si tiene mas de uno)

Nombre de la persona principal en el Seguro: _____

Número de Seguro Social_____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

Nombre de su compañía de Seguro_____ Teléfono (____) _____-_____

Dirección _____ Numero del Grupo _____

Compañía para la que trabaja: _____ Teléfono (____) _____-_____

Dirección_____ Ciudad_____ Código Postal _____

¿Cuánto beneficio de su seguro ha usado este año? _____

Finanzas

El pago total es requerido en cada cita. Para su conveniencia, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Si tiene alguna pregunta déjenos saber y será un placer asistirle.

Por favor marque la opción que corresponda con la forma de pago que le gustaría utilizar:

□ Efectivo □ Cheque Personal

□ Visa □Master Card

□American Express □ Discover

□Care Credit □Citi Healthcard

Si prefiere, podemos mantener su numero de tarjeta y transferir cualquier balance directamente. Si le gusta esta opcion, escriba la informacion en este espacio:

Numero de su tarjeta_____

Fecha de Expiración: _____

Codigo CV:_____

FIRMA:_____

Accuerdo de Liberacion y Autorización de pago Por Servicios Prestados

Autorizo a ***Elgin Dental Associates o Carol Stream Dental Associates*** para proporcionar cualquier información incluyendo el diagnostico y el record de cualquier tratamiento o examinación hecha a mi persona o a mis dependes durante el tiempo que dure mi tratamiento dental o el de mis dependes, a terceros pagadores y/o a cualquier otro professional de la Salud.

Autorizo a mi compañía de seguro para pagar directamente a ***Elgin Dental Associates o Carol Stream Dental Associates*** por cualquier beneficio que me cubra por los servicios hechos a mi o a mis dependes.

Entiendo que mi compañía de seguro puede pagar menos del total generado por los servicios que se me hagan a mi o a mis dependes. Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable por cualquier balance pendiente mió o de mis dependes que no sea cubierto por mi seguro.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las normas de esta oficina y se me ha dado la opción de recibir una copia de dichas normas.

X_____ Fecha:_____
Firma de la persona responsable

X_____ Fecha:_____
Firma de la persona co responsable

ELGIN
DENTAL ASSOCIATES
1030 Summit St. Elgin, IL 60120

CAROL STREAM
DENTAL ASSOCIATES
784 W. Army Trail Rd. Carol Stream, IL 60188

Normas de nuestras oficinas

Gracias por preferir a ***Elgin Dental Associate y Carol Stream Dental Associatess*** como su oficina dental. Nuestra oficina se compromete a ofrecerle el mejor resultado posible para su tratamiento Dental. Nuestro departamento de seguros y nuestros consejeros de financiamiento trabajaran arduamente para asegurarse que su papeleo sea procesado correcta y rápidamente.

Pago por servicios dentales

Para poder proveerle un servicio de alta calidad y a la vez mantener nuestros precios bajos, requerimos que el total de su balance sea pagado el mismo día de su tratamiento. Si no tiene seguro dental, usted es responsable y debe pagar el total de su cuenta el mismo día que se le haga cualquier servicio dental

Seguro Dental

Como una cortesía, cobraremos y colectaremos de su compañía de seguro la porcion que a ellos les corresponde pagar. Una vez recibido el pago, le daremos un crédito a su cuenta. El dia de su visita calcularemos su pago inicial y mandaremos una factura a su seguro por el balance restantes. Una vez que su seguro pague o En caso de que su seguro no cubra o se niegue a pagar cualquier servicio, la responsabilidad del balance será completamente suya. Cualquier saldo restante sera su responsabilidad y se le facturará directamente a usted.

Seguro secundario

Tener mas de un seguro no quiere decir que los seguros pagaran 100% por los servicios dentales. El segundo seguro usualmente paga dependiendo de lo que pague el primer seguro. La oficina mandara la factura a los dos seguros, cualquier balance restante después de que los dos seguros paguen será su responsabilidad y se le facturara directamente a usted.

Pacientes menores de edad

Entiendo que si mi hijo/hija es menor de edad yo soy responsable por pagar cualquier balance, en caso que mi hijo/hija asita a su cita sin mi compañía mandare el pago con el/ella o su acompañante. En caso que los padres sean divorciados, la persona acompañante sera la responsable por el pago de esa visita.

Citas Perdidas

Nos reservamos el derecho de cobrar por citas perdidas sin previo aviso de 48 horas. La cita perdida se cobrara como una visita normal a la oficina (por lo general entre $ 50 y $ 100) Por favor ayúdenos a ofrecerle un mejor servicio, dando aviso de 48 horas si es necesario cambiar una cita programada.

Transferencia de records

Estamos obligados por ley a mantener todos los registros originales de tratamiento en nuestros archivos, sin mbargo, puede llenar y firmar una solicitud para que sus registros sean duplicados y/o trasladados por un costo de $ 25.00 por persona.

Responsabilidad de Pago

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo en que en el caso de incumplimiento en el pago de cualquier cantidad debida, y si esta cuenta se coloca en las manos de cualquier agencia o abogado para la recolección o acción legal, de pagar un cargo adicional equivalente al costo de cobranza, incluyendo honorarios de la agencia y el abogado y los costos judiciales incurridos y permitido por las leyes que rigen estas operaciones.

Gracias por comprender nuestro Código de conducta financiera. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud antes de firmar esta forma.

He leído las normas financieras antes mencionadas. Al firmar este documento certifico que entiendo y acepto todas las normas financieras de estas oficinas.

X_____ _____
Firma del Paciente o Persona Responsable **Fecha**

X_____ _____
Firma del Paciente o Persona Responsable **Fecha**

INFORMACION SOBRE SU PRIVACIDAD Y CONSENTIMENTO

Entiendo que tengo ciertos derechos sobre mi información privada con respecto a mi salud. Estos derechos me los otorga el Health Insruance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar esta forma, autorizo a esta oficina a usar e impartir mi información privada de salud para:

* Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud que pudieran tomar parte en mi tratamiento);

* Obtener pago de terceras personas (ejemplo: compañías de aseguranza, etc.);

* Las labores diarias de esta oficina.

Se me ha informado y dado la oportunidad de revisar y obtener una copia de la noticia de privacidad de esta oficina, la cual contiene información más completa de las formas en que se puede usar e impartir mi información privada y los derechos que me otorga HIPPA. Entiendo que esta oficina se reserva el derecho a cambiar los términos de esta noticia de un momento a otro y que yo puedo contactar la oficina para obtener una copia de de la información mas reciente, concerniendo a esta noticia.

Entiendo que tengo el derecho a restringir la forma en que sea usada o impartida mi información privada, cuando sea compartida para obtener pago, hacer un tratamiento, etc. pero esta oficina no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones. En dado caso que la oficina estuviera de acuerdo, la oficina debe seguir las restricciones al pie de la letra.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, cuando así lo desee. Cualquier uso de mi información privada antes de que revoque este consentimiento no será afectada.

Nombre de el paciente: _____

Firma _____ **Fecha** _____

Relacion con el paciente_____
(*si no es el paciente el que firma*)

Formulario para la Historia de Salud

ADA
American Dental Association
www.ada.org

E-mail: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: Teléfono de Casa*: *Incluya código del área* Teléfono de Oficina/Celular*: *Incluya código del área*
Apellido Nombre 2o Nombre ( ) ( )
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:
Dirreción postal
Ocupación: Altura: Peso: Fecha de nacimiento: Sexo: M F

SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: Parentesco: Teléfono: ( ) Teléfono celular: ( )
Incluya código del área

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?
Su Nombre Parentesco

Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: **(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)**	**Sí**	**No**	**NS**
Tuberculosis Activa	☐	☐	☐
Tos persistente de más de 3 semanas de duración	☐	☐	☐
Tos que produce sangre	☐	☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis	☐	☐	☐

Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	☐	☐	☐
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	☐	☐	☐
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	☐	☐	☐
Sufre de boca seca?	☐	☐	☐
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	☐	☐	☐
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	☐	☐	☐
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	☐	☐	☐
Está fluorada el agua que llega a su casa?	☐	☐	☐
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	☐	☐	☐

Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un circulo:
A diario/ Semanalmente/ Ocasionalmente

	Sí	No	NS
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	☐	☐	☐

Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?

Cómo se siente con su sonrisa?

	Sí	No	NS
Sufre de dolor de oídos o del cuello?	☐	☐	☐
Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	☐	☐	☐
Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	☐	☐	☐
Tiene lesiones o úlceras en su boca?	☐	☐	☐
Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	☐	☐	☐
Participa en actividades enérgicas de recreación?	☐	☐	☐
Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐	☐

Fecha de su último examen dental:
Qué le hicieron en esa ocasión?

Fecha de su última radiografía dental

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	☐

Médico: Teléfono: *Incluya código del área*
Nombre ( )
Dirección Ciudad/Estado Código:

	Sí	No	NS
Se encuentra usted sano/a?	☐	☐	☐
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	☐	☐	☐

Si es así, qué condición le están tratando?

Fecha de su último examen médico:

	Sí	No	NS
Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	☐	☐	☐

Si es así, cuál fue la enfermad o el problema?

	Sí	No	NS
Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos.	☐	☐	☐

© American Dental Association, 2006

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)	Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?	☐	☐	☐
Está tomando o ha tomado algún fármaco dietético como el Pondimin (fenfluoramina), Redux (dexfenfluoramina) o fen-fen (combinación de fenfluoramina-fentermina)?	☐	☐	☐
Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?	☐	☐	☐
Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico?	☐	☐	☐

Fecha del comienzo del Tratamiento: _____

	Sí	No	NS
Usa sustancias reguladas (drogas)?	☐	☐	☐
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	☐	☐	☐

Si es así, le interesaría dejar de hacerlo?
(marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA

	Sí	No	NS
Bebe bebidas alcohólicas?	☐	☐	☐

Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____

SÓLO PARA MUJERES Está usted:

	Sí	No	NS
Embarazada?	☐	☐	☐
Número de semanas _____			
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?	☐	☐	☐
Amamantando?	☐	☐	☐

Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? ☐ ☐ ☐
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?

Alergias - Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a:
En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.

	Sí	No	NS
Anestésicos locales _____	☐	☐	☐
Aspirina _____	☐	☐	☐
Penicilina u otros antibióticos _____	☐	☐	☐
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	☐	☐	☐
Sulfas _____	☐	☐	☐
Codeína u otros narcóticos _____	☐	☐	☐
Metales (Especifique) _____	☐	☐	☐
Látex (goma) _____	☐	☐	☐
Yodo _____	☐	☐	☐
Polen (fiebre del heno)/ estacional _____	☐	☐	☐
Animales _____	☐	☐	☐
Alimentos _____	☐	☐	☐
Otros (Especifique) _____	☐	☐	☐

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS
Soplo en el corazón	☐	☐	☐
Prolapso de la válvula Mitral	☐	☐	☐
Válvulas artificiales en el corazón	☐	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐	☐
Enfermedad cardiovascular	☐	☐	☐
Angina	☐	☐	☐
Arteriosclerosis	☐	☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	☐	☐
Enfermedad de las arterias coronarias	☐	☐	☐
Daño en las válvulas cardíacas	☐	☐	☐
Infarto	☐	☐	☐
Presión arterial baja	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐
Defectos congénitos del corazón	☐	☐	☐
Marcapasos	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐	☐
Sangramiento anormal	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐
Transfusión sanguínea	☐	☐	☐
Si es así, fecha: _____			
Hemofilia	☐	☐	☐
SIDA o infección por VIH	☐	☐	☐
Artritis	☐	☐	☐
Enfermedad autoinmune	☐	☐	☐
Artritis reumatoidea	☐	☐	☐
Lupus eritematoso sistémico	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐
Bronquitis	☐	☐	☐
Enfisema	☐	☐	☐
Sinusitis	☐	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐	☐
Cáncer/ Quimoterapia/ Radioterapia	☐	☐	☐
Dolores de pecho por esfuerzo	☐	☐	☐
Dolor crónico	☐	☐	☐
Diabetes Tipo I o II	☐	☐	☐
Trastornos de alimentación	☐	☐	☐
Malnutrición	☐	☐	☐
Enfermedad gastrointestinal	☐	☐	☐
Reflujo G.E. /ardor persistente	☐	☐	☐
Úlceras	☐	☐	☐
Alteraciones de la tiroides	☐	☐	☐
Derrame cerebral	☐	☐	☐
Glaucoma	☐	☐	☐
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	☐	☐	☐
Epilepsia	☐	☐	☐
Desmayos o ataques epilépticos	☐	☐	☐
Alteraciones neurológicas	☐	☐	☐
Si es así, Especifique : _____			
Alteraciones del sueño	☐	☐	☐
Alteraciones mentales	☐	☐	☐
Especifique: _____			
Infecciones recurrentes	☐	☐	☐
Tipo de infección: _____			
Alteraciones renales	☐	☐	☐
Sudor nocturno	☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐	☐
Inflamación persistente de los ganglios del cuello	☐	☐	☐
Cefaleas graves/jaquecas	☐	☐	☐
Pérdida de peso severa o rápida	☐	☐	☐
Enfermedades venéreas	☐	☐	☐
Orina en forma excesiva	☐	☐	☐

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ ☐ ☐

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó*: Teléfono:

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? Explique por favor:

NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: Fecha:

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____