

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Last First MI

Masculino Femenino Casado Soltero Niño Otro

Passaic Glen Rock
For Office Use Only

Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ Ext. _____

(Cell) _____ E-Mail _____

Citas Preferidas: Mañana Tarde ¿Esta usted contento con su sonrisa? Si No

Dirección _____

Calle y numero

Apartamento #

Ciudad

Estado

Apartado Postal

Información de su Salud

Fecha de su Ultima Visita al Dentista _____ Razón de su Visita _____

¿Alguna vez usted ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque toda la que le aplicó:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Derrames Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Empalmes Artificiales | <input type="checkbox"/> Golpes de Cabeza | Fecha del Parto: _____ | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeína |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio | OTROS: |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Reumatismo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vertigos | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago | _____ |

¿Ha tenido usted alguna complicación después de su tratamiento dental? Si No

Si su respuesta es Si, por favor explique: _____

¿Ha sido usted ingresado en algún hospital o ha necesitado de atención de emergencia en los últimos dos años? Si No

Si su respuesta es Si, por favor explique: _____

¿Usted esta bajo el cuidado de un medico? Si No

Si su respuesta es Si, por favor explique: _____

Nombre de su Medico General _____ Teléfono _____

¿Tiene usted algún otro problema que necesita ser notificado? Si No

Si su respuesta es Si, por favor explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas que preceden y la información proporcionada están verdaderas y correctas. Si mi salud cambiara, informaré a los doctores en la próxima cita sin falta.

Firma del Paciente, Padre o Guardián _____

Fecha _____



Información de Referimiento a Nuestra Oficina

A quien les damos las gracias por haberle referido a usted a nuestra oficina _____

Nombre del paciente que lo refirió

Cupón Periódico Escuela Trabajo Otro _____

Esposo o Esposa o Persona Responsable del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Masculino Femenino El Esposo o Esposa del Paciente La persona responsable por los pagos

Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ Ext. _____ (Cell) _____

Dirección _____

Calle y numero

Apartado #

Ciudad

Estado

Apartado Postal

Información de su Trabajo

Lo siguiente es para: El Paciente La persona responsable por los pagos

Nombre de donde trabaja _____ Ocupación _____

Dirección _____

Calle y numero

Ciudad

Estado

Apartado Postal

Información de su Seguro

PRIMARIO

Nombre del Asegurado _____ ¿El asegurado es un paciente? Si No

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ ID# _____ Grupo # _____

Dirección del Asegurado _____

Empleador del Asegurado _____

Dirección del Empleador _____

Calle y numero

Ciudad

Estado

Apartado Postal

Relación del paciente con el asegurado: Mismo Esposo/a Niño/a Otro _____

Compañía Aseguradora, Nombre y Dirección _____

SEGUNDARIO

Nombre del Asegurado _____ ¿El asegurado es un paciente? Si No

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ ID# _____ Grupo # _____

Dirección del Asegurado _____

Empleador del Asegurado _____

Dirección del Empleador _____

Calle y numero

Ciudad

Estado

Apartado Postal

Relación del paciente con el asegurado: Mismo Esposo/a Niño/a Otro _____

Compañía Aseguradora, Nombre y Dirección _____

Como condición de su tratamiento en esta oficina, las medidas financieras se deben tomar por adelantado. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en el cuidado y la responsabilidad financiera de parte de cada paciente se debe determinar antes del tratamiento

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizados sin previos arreglos financieros, deberán ser pagados en efectivo cuando los servicios sean realizados.

Los pacientes que tengan seguro dental entienden que todos los servicios dentales hechos serán cargados directamente al paciente y que el o ella serán personalmente responsables del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar las formas del seguro de los pacientes, o a asistir en las colecciones de las compañías de seguros y acreditará cualquier colección a las cuentas del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede rendir servicios asumiendo que nuestros servicios serán pagados por una compañía de seguros. Entiendo que la estimación del honorario enumerada para este cuidado dental puede solamente ser extendida por un período de seis meses a partir de la fecha de la examinación del paciente. También estoy de acuerdo a pagar todos los gastos incurridos por concepto gastos de abogados, gasto de corte del condado de Bergen o Passaic del Estado de New Jersey, y gastos de agencia de colección si mi cuenta no es pagada a tiempo.

Yo he leído las condiciones mencionadas de tratamientos y pagos y estoy de acuerdo con su contenido.

Fecha _____ Relación con el Paciente _____

Firma del Paciente, Padre, o Guardián