

Registro Dental

echa: Numero de celula	r: Numer	o de casa:	Numero de trabajo:
1. Informacio	on Personal	2. Info	rmación De La Parte Responsable
Nombre:	Codigo:	Direccion: Ciudad: Numero de se Estado Civil: _ Ocupacion: Numero de ca	Codigo: guro social: Sexo: M or F
3. Contacto De	Emergencia		4. Empleador/Escuela
Nombre: Direccion: Ciudad: C Telefono: Relacion:	odigo:	Direccion: Ciudad: Telefono:	leador: Codigo:
	5. Informa	ación del segui	·0
Nombre del Asugurado:		Fecha de nacimie	ento:
Nombre de la aseguransa:		Relacion con	el paciente:
ID/NSS de la aseguransa:		Numero	o del Grupo:
ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN			
beneficios directamente a Smile Li que soy financieramente responsable presentaciones de seguros . El consult dicha información en la compañía de s	ne Dentistry. Si cualquier o de todos los cargos sean o no orio dental nombrado anterio eguros nombrada (s) y sus ag	otra manera pagado pagados por el segur or puede usar mi info gentes con el fin de ol	y a asignado mis ero a mí para servicios prestados. Yo entiendo o. Autorizo el uso de la firma en todas las rmación de atención médica y puede revelar otener el pago por los servicios y la determinación sentimiento terminará cuando mi plan de
Signature:		-	Date:



NUESTRA OFICINA/POLITICA FINANCIERA

El pago total se debe cuando se prestan los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos. Ofrecemos varias opciones de pago para los servicios que ofrecemos: Efectivo, Cheque , Visa y MasterCard . Ya que creemos que su salud no debe verse comprometida por la falta de fondos sin mediatamente disponibles o beneficios de seguro.

también ofrecemos planes de pago a través de Care Credit. Care Credit per la oportunidad de difundir el costo del tratamiento en pequeños pagos me paciente que deseen aprovechar esta opción conveniente para el pago nece Porfavor tenga en cuenta que hay una cuota de procesamiento de 5% que o modo de teneduría de libros. Iniciales:	mite a nuestros pacientes, que califican; nsuales (SIN INTERESES). Cualquier esita simplemente llenar una solicitud.
USUALE Y TARIFAS HABITUALES: ESTAMOS COMPROMETIDOS A PROPORCIONAR EL TINUESTROS PACIENTES. NUESTROS HONORARIOS Y SERVICIOS REFLEJAN NUESTRO COMPACIENTES MERECEN Y ESPERAN AL VISITAR UNA CLÍNICA DENTAL, Y NO SE GUÍAN POR PARTE DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS. Iniciales:	PROMISO CON LA CALIDAD A NUESTRO
SEGUROS: COMO UNACORTESÍA A NUESTROS PACIENTES, LE COBRAREMOS A SU COMICOMPROMETIDA A AYUDAR A MAXIMIZAR SUS BENEFICIOS. SIN EMBARGO, SU SUCOMPAÑÍA DE SEGUROS Y USTEDMISMO. COMO PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SAL SEGURO. PÓLIZAS DE SEGURO VARÍAN Y LOS SERVICIOS PRESTADOS NO PUED RESPONSABILIDAD YA SEA TU SEGURO PAGA O NO. Initials:	J PÓLIZA DE SEGUROES UN CONTRATO ENTRE .UD , NO SOMOS PARTE DE SU CONTRATO CON SU
CITAPERDIDA: Una de las maneras en que mantenemos nuestras tarifas más. Aun que entendemos que de vez en cuando nuestros pacientes tendrán que 24-48 horas antes de sucita para evitar un cargo de \$35.00 por cada media no le ofreceremos otra cita despues de tres citas perdidas. Initials:	REPROGRAMAR SUS CITAS, POR FAVOR AVÍSENOS HORA PROGRAMADA. NUESTRA póliza ES QUE
CHEQUES DEVUELTOS: COBRAREMOS \$50.00 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELT PAGADOS POR EL PACIENTE. Initials:	cos. Todos los cargos incurridos serán
NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS: Pedimos a todos los niños menores de 18 a tutor legal. Durante el tiempo que el paciente está en la oficina, solicitamos oficina. Como el tratamiento puede cambiar o puede surgir preguntas que formulario de inscripción de pacientes debe ser firmado por el padre o tut primera cita. El garante en última instancia, tiene la responsabilidad legal las responsabilidades financieras de padres divorciados. Vamos a mirar ha para el pago.	s a la estancia de los padres/tutores en la sólo el padre/tutor pueden responder. El or legal que acompaña al menor en la de pago. No somos capaces de conocer
Entiendo y acepto que soy personalmente responsable de todos los honorari seguros. Estoy de acuerdo en pagar los honorarios deabogados, gastos de coproducer para satisfacer mi obligación financier para el tratamiento dental Smile Line Dentistry. Por lo tanto autorizo a cualquiera de los medicos para dentales como me explico. Entiendo que la odontología no es una ciencia exactereditados no pueden garantizar resultados. Entiendo y estoy de acuerdo comensionada arriba.	branza, o cualquier costo que se puede proporcionado a míya mi familia por proceder con y realizar los tratamientos acta; Por lo tanto, los profesionales a
X	
Firma de la parte del paciente o Responsible	Fecha



<u>Historia De Salud</u> (Por favor circule cada respuesta)

Nombre:		_								Fecha:		
Lista actual de medicamentos:												
¿Está en buena salud?				,	Υ	N	? Tiene un	ma	rcan	asos en el corazón?	Υ	N
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o	tenio	do ur	na operación		•					azo de la articulación?	•	
mayor?			illa operación			N					Υ	N
•							Si es así, cu	uan	do?			
Si es así, cual fue el problema?												
¿Esta usted bajo el cuidado de un m	edic	o aho	ora?				Es usted a	lérg	ico a	cualquiera de los siguientes?:		
Fecha de último examen médico?:				,	Y	N	Látex	P	enici	lina Codeína Otro Medican	nent	ο?
¿Tiene alguna condición médica que	cree	- ane	debería				Anestésico	ns La	ocale	۶۶	Υ	N
saber?		- qu	, debella	١,	Υ	N				ido una cirugía de corazón?	Υ	N
										nfermedad grave?	Y	N
							1			State of the state	-	1
Nombre Medico:							-	Telé	éfon	o:		
Derrame Cerebral	Υ	N	Enfermedad Respiratoria			atoria	Υ	N	Epilepsia	Y	N	
Epilepsia o convulsiones	Υ	N	Tul	bero	culo	sis		Υ	N	SIDA/HIV Positivo	Υ	N
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	Υ	N	Trastor	nos	Ne	rvic	osos	Υ	N	Tratamiento con radiación	Y	N
Enfermedades del corazón /	Υ	N	Enferm	eda	d de	el ri	ñon	Υ	N	Toma o ha tomado, Phen-Fen?	Υ	N
Cirugía de válvulas												
Prolapso de la válvula mitral	Y	N	_	umo		-		Υ	N	Bisfosfonatos/Osteoporosis	Y	N
				Crecimientos/Cáncer								
Soplo Cardiaco	Υ	N	Fiebro		-		ca	Υ	N	Usa tabaco/Fuma?	Υ	N
Sangrado Excesivo	Υ	N		Artritis/Gota				Υ	N	Drogadicción	Υ	N
Enfermedades de la sangre	Υ	N	Problema				+	Υ	N	Asma o Fiebre de heno	Υ	N
Presión Arterial Alta	Y	N	Herida		_			Υ	N	Alergia	Y	N
Anemia	Υ	N	Úlceras					Y	N	Esta usted embarazada?	Y	N
Diabetes	Υ	N	Enferm	ieda	id V	ene	erea	Υ	N	Esta amamantando?	Υ	N
			¿Usto				a? SI C		NO			
Razón de su Visita?					_		Alguna vez has tenido complicaciones por una					
						_	extracción? Si es así, explique: ¿Rechina / aprieta los dientes?				Y	N
Cuánto tiempo hace que has estado		ırı de	entista?			_					Υ	N
¿Con qué frecuencia usa el hilo den	tar						¿Alguna vez ha tenido un chasquido o un clic en tu oreja cuando cuando mastica?				Υ	N
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?						_	¿Eres propenso a dolores de cabeza frecuentes?			Y	N	
¿Alguna vez ha sido tratado/a por enfermedad periodontal				Υ	N		¿Experimenta dolor y rigidez en su cara, cuello u homb				_	
						_					Υ	N
¿Tus encías sangran cuando te cepillas?				Υ	N		¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia?			Y	N	
Tiene llagas, ampollas, o hinchazón	en su	ıs en	cías 	Υ	N							
Alguna información médica adicic X	nal ı	no re	eportada arrib	a?					X			

Historia Medical Actualizaciones

Date
Patient Signature Doctor Signature
Date Changes to medical history
Patient Signature
Date
Changes to medical history Patient Signature Doctor Signature



Oral Cancer Screening

Smile Line Dentistry now offers oral cancer screening to all its patients

Benefit of Oral Cancer Screening

Oral Cancer Screening is looking for cancer before a person has any symptoms. This can help find cancer at an early stage. When abnormal tissue or cancer is found early, it may be easier to treat. By the time symptoms appear, cancer may have begun to spread.

Oral cancer screening is covered (\$49	under limited insurance plans. The cost for this procedure is
Yes, I am interested in	getting oral cancer screening
No , I am not interested	I in oral cancer screening
By signing this form, I accept/denymy insurance does not cover this	oral cancer test and I will be responsible for cost of the test if procedure.
	(Signature)
	(Name of patient)
	(Date)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND DENTAL MATERIALS FACT SHEET

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 requires that healthcare providers give each patient a copy of the provider's Notice of Privacy Practices, and then make a good-faith effort to obtain an acknowledgement of receipt for the notice. Patients may refuse to sign for receipt.

By signing this form, I confirm that I have received a copy Privacy Practices and a copy of the Dental Materials Fac		tice of
Patient or Parent/Guardian Printed Name		
Patient or Parent/Guardian Signature	Date	
Office Use		
Written acknowledgement was not obtained because:		
□ Patient refused to sign		
□ Unable to communicate with patient		
□ Emergency situation		
□ Other		