

Informacion Personal

Nombre: _____

Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Nino Otro

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono (Primario): _____ (Secundario): _____ (Trabajo): _____

Direccion: _____

Calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Correo electronico: _____

Contacto de Emergencia (Preferible alguien que no viva con usted) Nombre: _____

Relacion al Paciente: _____ Telefono: _____

Informacion de su Esposo(a) o Persona Responsable

Lo siguiente es sobre: Esposo(a) del paciente El papa o mama del paciente, persona responsable

Nombre: _____

Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Otro

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono (Primario): _____ (Secundario): _____ (Trabajo): _____

Direccion: _____

Si es diferente a la del paciente

Calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Informacion sobre su Trabajo

Lo siguiente es sobre: El paciente Persona responsable de los pagos

Nombre de la compania donde trabaja: _____ Trabajo que desempeña: _____

Informacion de la Asegurancia

Asegurancia Principal

Nombre del Asegurado : _____ El asegurado es Paciente? Si No

Apellido

Nombre completo

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

Direccion del Asegurado: _____

Si es defferente a la del paciente

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Nombre del trabajo del Asegurado: _____

Relacion del Paciente con el asegurado: El mismo(a) Esposo(a) Nino(a) Otro _____

Asegurancia Secundaria

Nombre del Asegurado: _____ El asegurado es Paciente? Si No

Apellido

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ SS #: _____ ID #: _____

Direccion del Asegurado: _____

Si es diferente a la del Paciente

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Nomre del trabajo del Asegurado: _____

Relacion del paciente con el Asegurado: El mismo(a) Esposo(a) Nino(a) Otro _____

Informacion Sobre quien me refirio a esta oficina

A quien podemos agradecer que lo(a) haya referido a nuestra oficina? Otro Paciente Nuestra Oficina

Paginas Amarillas Periodico Colegio Trabajo Otro _____

Nombre de la persona que me refirio: _____

Informacion sobre su Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de su ultima Visita Dental: _____ Razon de su visita hoy: _____

Durante el ultimo ano ha tenido cambios en su estado de salud? SI NO
Si es asi, porfavor explique: _____

Fecha de su ultimo examen medico ? _____

Nombre y Telefono de su Medico: _____

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha requerido tratamiento de emergencia en los ultimos dos anos? SI NO
Si es asi, porfavor explique: _____

MUJERES: Esta embarazada? SI NO Si es asi, cual es su fecha de parto? _____
Esta lactando? SI NO

Esta tomando, o alguna vez a tomado medicamento para osteoporosis (Debilitamiento de los huesos) o cancer?
SI NO

Esta tomando, o alguna vez a tomado alguno de los medicamentos siguientes?
ACTONEL ACLASTA AREDIS BONIVA DIDRONEL
PROLIA RECLAST SKELID XGEVA ZOMETA OTRO

Lista de medicamentos que esta tomando, y razon por la que los esta tomando: _____

Es usted alergico a alguno de los siguientes?
Abejas Codeina Eritromicina Latex Lidocaina Morfina Nueces Penicilina Sulfa
xilocaína Otras alergias? _____

Esta o alguna vez a tomado antibioticos premedicacion antes de su cita dental? SI NO
Si es asi, porfavor explique? _____

Tiene articulaciones artificiales? SI NO Si es asi cuando se le fueron puestos? _____
Nombre y numero del cirujano: _____

Toma algun diluyente de la sangre? SI NO
Si es asi, que tipo: Aspirina Coumadin Effient Plavix Otro _____

Tiene, o alguna vez a tenido alguno de los siguientes:
SIDA/VIH Anemia Artritis Asma Cancer Herpes Labial Diabetes Epilepsia
Sangrado excesivo Desmayos/Mareos Glaucoma Lesiones en la cabeza Enfermedad del corazon
Hepatitis (A, B, C) Presion Alta Enfermedad del Rinon Enfermedad del Hgado Transtornos Mentales
Porfavor indique cual.

Transtornos Nerviosos Marcapasos Tratamiento de Radiacion Problemas Respiratorios Fiebre Reumatica

Sinusitis Enfermedades de transmission sexual Derrame Cerebral Tuberculosis Tumores
Ulceras Otro

Usa Tabacco? SI NO Si es asi, que tipo: Fumado Masticado
Usa Drogas recreativas? SI NO

_____ Fecha: _____
Firma del paciente, Padre del Paciente, o persona responsable.

Autorizacion de Servicios

Como condicion para su tratamiento dental por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipacion. Nuestra practica depende del reembolso por parte de los pacientes por los gastos incurridos de su tratamiento. La responsabilidad financiera es de cada paciente o persona responsable y debe ser determinado antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben ser pagados en el momento en que los servicios se lleben a cabo.

Los pacientes que tienen seguro dental deberan entender que todos los servicios dentales que son proporcionados son cobrados directamente al paciente y que el paciente o persona responsable de pago son responsables del pago de todos los servicios dentales. Como cortesia nuestra oficina prepara los formularios de seguro de los pacientes y ayudara en los cobros a las companias de seguros y hara los creditos correspondientes a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros gastos seran pagados por una compania de seguros.

Un cargo por servicios de 1 1/2% por mes (18% anual) sobre el saldo pendiente se cobrara en todas las cuentas que pasen de los 60 dias, a menos que arreglos financieros se ayan echo previamente por escrito. Un cargo de \$20.00 sera anadido por cheques regresados por cualquier motivo. Un cargo de \$30.00 puede ser anadido por cancelar su cita sin avisarnos por lo menos 24 horas antes.

Entiendo que los precios estimados para este tratamiento dental solo pueden ser prorrogados por un periodo de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En considerasion por los servicios presentados a mi, o a peticion mia, por el Doctor estoy de acuerdo en pagar el valor establecido de dichos servicios a la oficina del Dr. Ocampo y Gomez, en el momento en que dichos servicios sean prestados, o dentro de cinco (5) dias de la facturacion si el credito tiene que ser extendido. Tambien estoy de acuerdo que el valor establecido de dichos servicios son como fueron facturados a menos que se haya llegado a un mutuo acuerdo por escrito con nuestra oficina.

Tambien estoy de acuerdo que si mi balance no es pagado y es enviado a una agencia de cobros estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo extra por falta de pago a tiempo de los servicios prestados (intereses, gastos de coleccion, gastos de abogado u otro gasto generado por incumplimiento en lo acordado previamente), que puede basarse en un porcentaje de un maximo de 30% de la deuda.

Yo autorizo al Dr. Ocampo y Gomez o al representante de su oficina dental a contactarme a mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este documento. _____
(Iniciales)

Entiendo que esta oficina opera bajo la ley federal HIPPA, y una copia de esta regulacion esta disponible a peticion mia. _____
(Iniciales)

He leído las condiciones mencionadas en este documento para tratamiento y forma de pago y estoy de acuerdo en su contenido.

_____ Fecha: _____ Relacion al paciente: _____
Firma del paciente, padre de familia o responsable

For Office Use Only:

Information Update

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____

Information updated: _____ Date: _____ By: _____