

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial 2do. nombre _____
 Dirección _____ Apt.No. _____ Ciudad- _____ Estado _____
 Código Postal _____ Teléfono hogar _____ Teléfono trabajo _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F No. seguro social _____ No. licencia de manejo _____
 Lugar de empleo _____ Dirección del empleo _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Emergencias: Nombre y teléfono del pariente más cercano al paciente: Nombre _____ Teléfono _____

Si el paciente no es responsable por el pago de esta cuenta por favor llene la siguiente información.

Apellido de la persona responsable _____ Nombre _____ Inicial 2do. nombre _____
 Dirección _____ Apt.No. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal - _____
 Teléfono hogar _____ Teléfono trabajo _____ No. seguro social _____
 No. licencia de manejo _____ Relación con el paciente _____ Lugar de empleo _____
 Dirección del empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

A quien debemos de agradecer por haberlo referido a Sunshine Dental? (**ENCIERRE EN UN CIRCULO**)

Directorio T.V. Guia Pasando Radio Periódico Recomendado Anuncio Televisión Correc
 Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO

• **COMO ES SU SALUD EN GENERAL:**
 Excelente Buena Regular Pobre

• **Es su presión arterial:**
 Alta Baja Normal

• **Es usted alérgico a:**
 Penicilina Codeína Novocaína

	SÍ	NO
• ¿Esta usted tomando medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si sí, por cuanto tiempo? _____		
• ¿Si es usted mujer, esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si sí, por cuanto tiempo? _____		
• ¿Esta usted tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene usted sudores nocturnos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Usted tiene sangrados prolongados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algo en su historial de lo que tengamos que estar enterados? Si sí, ¿que es? _____		

HA USTED TENIDO O SIDO TRATADO POR: SÍ NO

- Hepatitis A or B
- Epilepsia/Convulsiones
- Problemas del hígado
- Diabetes
- Problemas del corazón
- Articulaciones artificiales
- Tuberculosis
- Alcoholismo
- Enfermedades venéreas
- Fiebre reumática
- **SIDA**
- Otra enfermedad no listada: _____

Nombre y dirección de su médico: _____
 ¿Esta usted bajo su tratamiento? Sí _____ No _____

HISTORIAL DENTAL

¿Cual es la razón de su visita? _____
 ¿Le duelen los dientes? Sí _____ No _____ Si sí, ¿cuales? Arriba _____ Abajo _____ Izquierda _____ Derecha _____
 ¿Por cuanto tiempo ha usted tenido este problema? _____
 ¿Ha tenido un examen oral en los últimos seis (6) meses? Sí _____ No _____
 ¿Le han hecho radiografías de toda la boca en los últimos seis (6) meses? Sí _____ No _____
 ¿Le han hecho limpieza dental en los últimos seis (6) meses? Sí _____ No _____
 ¿Ha tenido usted serios problemas asociados con algún tratamiento dental? Sí _____ No _____
 Si sí, explique: _____
 Teléfono de su farmacia: _____
 ¿Tiene seguro dental? Sí _____ No _____ Si sí, nosotros estamos encantados de aceptar sus beneficios dentales como pago de su cuidado bucal. Sin embargo, usted será requerido presentarnos su forma de seguro dental completa, antes de que nosotros lo aceptemos como pago.
 ¿Cuenta con algún seguro médico mayor? Sí _____ No _____

Nosotros tenemos un plan de pago para cada uno. Pregunte a su consejero por detalles.

Yo verifico que la información presentada arriba es correcta y estoy de acuerdo en pagar ya sea 1 1/2% por mes o 18% de intereses por año en cualquiera de mis pagos que no haya hecho dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha del tratamiento. Firma del paciente o tutor legal si el paciente es un menor de edad (edades 1-18)

Fecha _____ **Firma** _____



Sunshine Dental
**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE
LA PRÁCTICA PRIVADA**

Usted puede rechazar firmar este reconocimiento

Yo, _____, he recibido una copia de este aviso de la oficina sobre la Práctica Privada.

{Imprima Por Favor El Nombre}

{Firma}

{Fecha}

Para El Uso De la Oficina Solamente

Procuramos obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de la Práctica Privada, pero el reconocimiento no podría ser obtenido porque:

- Individuo rechazado para firmar
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- Una situación de la emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro (Especifique Por favor)

CONSENTIMIENTO PARA LOS PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO, DEL PAGO Y DE LAS OPERACIONES DE HEALTHCARE

Yo, el infrascrito, ejecuto por este medio este **Consentimiento Para Los Propósitos Del Tratamiento**, del pago, y de las operaciones de Healthcare (este « Consentimiento ») como evidencia escrita de mi consentimiento al uso o al acceso de mi información protegida de la salud (según lo definido abajo) por el centro de **Sunshine Dental** con el fin de diagnosticarme o de proporcionar el tratamiento, obteniendo el pago para mis cuentas del cuidado médico o a las operaciones del cuidado médico de la conducta de **Sunshine Dental**. Entiendo que la diagnosis o el tratamiento de mi por los centros de **Sunshine Dental** se puede condicionar sobre la ejecución de este Consentimiento.

Entiendo que mi « Información Protegida de la Salud » para los propósitos de este consentimiento es información de la salud, incluyendo la información demográfica, ésa: (i) es creado o recibido por el centro de **Sunshine Dental**; (ii) se relaciona con mi salud última, actual, o futura o condición física o mental, la disposición del cuidado médico conmigo, o el pago último, actual o future para la disposición del cuidado médico conmigo; y (iii) me identifica o para cuál hay una base razonable a creer la información se puede utilizar para identificarme.

Derecho Repasar el Aviso de las Práctica Privada

Entiendo que tengo una derecha de repasar el aviso de **Sunshine Dental** de las Prácticas Privada antes de firmar este documento para una descripción más completa los tipos de aplicaciones y de accesos de mi información protegida de la salud que ocurra en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en el funcionamiento de las operaciones del cuidado médico del centro **Sunshine Dental's**. Una copia dell aviso de **Sunshine Dental's** de las Prácticas Privada se he proporcionado yo.

Entiendo que **Sunshine Dental's** reserva la derecha de cambiar sus Práctcas Privada que sedescriban en el aviso de las Prácticas Privada y ejecutando este consentimiento, yo conviene que **Sunshine Dental's** ha informado que los términos del aviso de las Prácticas Privada pueden cambiar y que puedo obtener un aviso revisado de las Prácticas Privada por Web site de **Sunshine Dental's** que tiene acceso, llamando la oficina y solicitándola una copia revisada esté enviado en el correo o pedir uno a la hora de mi cita siguiente.

Derecho A solicitar La Restricción

Entiendo que tengo la derecha de solicitarque **Sunshine Dental's** restringe cómo mi información protegida de la salud se utilizao se divulga para realizar operaciones del tratamiento, del pago o del heathcare y queninguno de **Sunshine Dental's** no está requerido convenirlas restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si **Sunshine Dental's** convieneuna restricciónque solicito, la restricción está atando a **Sunshine Dental's**.

Derecho A Revocar Consentimiento En La Escritura

Entiendo que tengo la derecha de revocar este consentimiento, en la escritura, en cualquier momento, a menos que hasta el punto que **Sunshine Dental's** haya tomado la acción en confianza en este consentimiento.

Firma del Paciente o del Representante Personal

Nombre del Paciente o del Representante Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad Representativa Personal



Seguro y Política Financiera (Insurance and Financial Policy)

En **Sunshine Dental**, nosotros creemos que merece el mejor cuidado. Por eso nosotros siempre le presentamos con la mejor solución dental posible para tratar su situación personal. Cada año nosotros les proporcionamos cuidado dental sobresaliente a cientos de pacientes. Algunos tienen beneficios dentales pero algún no. ¡Si tiene beneficios dentales, los felicito! Es muy afortunado., Aquí están algunas cosas importantes que usted debe saber:

Inicial

- _____ ■ Sus beneficios dentales son basados sobre un contrato hecho entre su empleador y una compañía de seguros. **Si tiene cualquier pregunta con respecto a sus beneficios dentales, contacte por favor a su empleador o la compañía de seguros directamente. Los planes dentales del beneficio nunca pagarán por terminación de su cuidado dental. Sólo es significado para ayudarle.**
- _____ ■ Aceptamos actualmente todos los planes privados de seguro de cuidado (planes que no requieren usted seleccionar a un dentista de una lista ni requerir nuestra oficina a aceptar un honorario reducido para el servicio). Esto significa que trabajamos con literalmente miles de compañías. Aunque podamos mantener las historias computarizadas de pago por una compañía dada, ellos cambian; por lo tanto es imposible darle una cita garantizado en aquel momento de servicio. Estimamos su porción basada en la información más reciente que tenemos, pero somos **SOLO UNA ESTIMACION**. Si querría saber su beneficio de seguro, nosotros seremos felices de archivar una autorización de pre-tratamiento con su compañía de seguros antes de tratamiento. Tenga presente esto no es una garantía de alcance. Esto demora tratamiento pero le dará el exacto fuera de figuras de bolsillo que usted puede requerir.
- _____ ■ Facturaremos su seguro como una cortesía. Si seguro no paga dentro de 90 días, **Sunshine Dental** reserva el derecho de solicitar pago en lleno para servicios de usted y permitir que usted reunir los fondos de seguro que están debido a usted. Esto es raro pero era importante que reconozca que el seguro que usted tiene es un contrato legal entre USTED y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es, y no puede ser una parte de ese contrato legal. Ultimamente, es responsable de todas las cargas contraídas en nuestra oficina.
- _____ ■ **Sunshine Dental** requiere pago en lleno para su porción en aquel momento de servicio. Aceptamos Mastercard, Visa, American Express, Discover, el dinero efectivo y los cheques (para existir a pacientes con la historia establecido de pago). Si necesita una opción prolongada de finanza, nosotros también trabajamos con CareCredit, que ofrece 3, 6, 12 o 18 mes “mismo como dinero efectivo” o términos más largos con un interés que soporta carga diseñaron para encontrar sus necesidades de plan de tratamiento en el crédito aprobado.
- _____ ■ Una cantidad específica de tiempo es reservada especialmente para usted y para favorecemos totalmente a todos los pacientes a acudir a sus citas. Si debe cambiar su cita, nosotros requerimos por lo menos **24 nota de hora** de evitar una tarifa por **cancelación \$35/hour** (emergencias son una excepción).
- _____ ■ En caso de una emergencia después de horas de oficina regulares, un **\$55 honorario de emergencia** será cargado para pacientes establecidos además de los honorarios necesarios de tratamiento. Los pacientes que no son establecidos en la práctica serán cargados **\$125 después de honorario de emergencia de horas**.

Conuerdo con el encima de condiciones.

Imprima Nombre: _____ La fecha: _____

La Firma del paciente/padres: _____