



Nance Family Dental

285 East 400 South
Springville UT 84663

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____ Sexo: M F Edad: _____
Estado Civil: C D S V Nú.de Dependientes _____ Nú. de Licencia de conducir: _____
Empleador _____ SSN _____ Ocupación: _____
Nombre de Esposa/o _____ Ocupación de Esposa/o _____
Empleador de Esposa/o _____ Fecha de Nacimiento de Esposa/o _____
En caso de Emergencia, persona a quien contactar: _____
Relación: _____ Teléfono: _____ Dirección _____

PERSONA RESPONSIBLE POR LOS PAGOS DE ESTA CUENTA

Nombre de la persona responsable: _____ Relación _____
Nú de Seguro Social: _____ Dirección: _____
Código Postal _____ Ciudad _____ Estado: _____ Teléfono _____
Empleador: _____ Dirección del trabajo _____
Teléfono del trabajo: _____ Seguro Dental: _____

SI TIENE SEGURO DENTAL Y ESTA INVOLUCRADO PORFAVOR LLENE LA INFORMACION ABAJO SEGURO PRIMARIO (usar su tarjeta de identificación)

Nombre del asegurado: _____ SSN _____
Empleador: _____ Teléfono _____
Compañía de Seguro _____ Nú de Grupo: _____
Nú de ID: _____ Dirección de Seguro _____

SEGURO SECUNDARIO (usar su tarjeta de identificación)

Nombre del asegurado: _____ SSN _____
Empleador: _____ Teléfono _____
Compañía de Seguro _____ Nú de Grupo: _____
Nú de ID: _____ Dirección de Seguro _____

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ TELEFONO _____

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROVEE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO:

- | | | | |
|-------|---|----|----|
| 1. | Usted considera que tiene una buena salud? | Si | No |
| 2. | Esta o ha estado bajo el cuidado medico dentro del ultimo año?
Si lo ha estado especifique por queha sido tratado _____ | Si | No |
| 3. | Usted toma algun medicamento, incluyendo pastillas para el control prenatal?
Por favor especifique nombre y proposito del medicamento: _____ | Si | No |
| <hr/> | | | |
| 4. | Usted tiene o ha tenido algun problema de corazon o sangre? | Si | No |
| 5. | Alguna vez le han dicho que tiene murmullo en el Corazon? | Si | No |
| 6. | Usted requiere ser premedicado con antibioticos por una condicion cardiac, valvula artificial o articulacion artificial? | Si | No |
| 7. | Usted tiene o ha tenido tension arterial alta? | Si | No |
| 8. | Usted sangra o se moratea facilmente? | Si | No |
| 9. | Ha sido diagnosticado alguna vez con HIV positivo o SIDA? | Si | No |
| 10. | Alguna vez ha tenido hepatitis o enfermedad del higado? | Si | No |
| 11. | Alguna vez ha tenido: fiebre reumatica ___ Asma ___ desorden de la sangre ___;
Diabetes ___ reumatismo ___ arthritis ___ tuberculosis ___ enfermedad venerea ___ ataque cardiac ___
enfermedad del rinon ___ desordenes del sistema inmunologico ___ otras enfermedades ___
Especifique: _____ | Si | No |
| 12. | Alguna vez ha tenido una reaccion inusual o es alergico a alguno de los siguientes:
Penicilina ___ Aspirina ___ Acetaminofen ___ Ibuprofeno ___ Codeina ___ : Barbituricos ___ Sulfas ___
Otros _____ | Si | No |
| 13. | Esta sujeto a desmayarse? | Si | No |
| 14. | Alguna vez ha tenido una reaccion severa a los tratamientos dentales o a los anesteticos locales? | Si | No |
| 15. | Es usted alergico a algun anestésico local? | Si | No |
| 16. | Usted tiene alguna otra alergi? Describala _____ | Si | No |
| 17. | Alguna vez ha tenido un ataque nervioso o ha estado en tratamiento psiquiatrico? | Si | No |
| 18. | Alguna vez ha sido tratado por alcoholism o drogadiccion? | Si | No |
| 19. | Esta usted embarazada? | Si | No |
| 20. | Tiene dolor? | Si | No |
| 21. | La ultima vez que vio aun Odontologo? _____ | | |
| 22. | Quien fue su ultimo Odontologo? _____ | | |
| 23. | Usted cree que sus dientes estan afectando su salud? | Si | No |
| 24. | Tiene o ha tenido sangrado de la encia o es esta sensible? | Si | No |
| 25. | Alguna vez ha tomado Phen-Fen o algun medicamento para controlar el apetito? | Si | No |
| 26. | Alguna vez ha tomado alcohol o ha fumado ? | Si | No |
| 27. | Algun vez ha tomado Fosamax, Boniva o algun otro medicamento prescrito para reducir la reabsorcion de los huesos como la Osteoporosis o algun otro medicamento para la metastasis de cancer de hueso? | Si | No |

YO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, DESDE QUE UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOMO PUEDEN AFECTAR MI TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA Y ESTOY DE ACUERDO EN TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ODONTOLOGO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SIGUIENTE CITA.

Firma _____
(Paciente o representante legal)

Fecha _____

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condicion de su tratamiento por parte de esta oficina, se deben hacer arreglos financieros antes de empezar el tratamiento. La practica depende del reembolso de nuestro pacientes por el costo ocurrido en su atencion para permanecer viable. Sin embargo la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios por emergencias dentales, o cualquier servicio dental hecho sin un arreglo financiero previo deben ser pagados en efectivo al tiempo de que el servicio es rendido. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todo los servicios dentales hechos son directamente cobrados al paciente y que es directamente responsable de pagar por todos los servicios dentales. Esta oficina le ayudara hacer las formas para los seguros o les ayudara en hacer cobros a las companias de seguro y acreditara tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De todas maneras esta oficina no puede rendir servicios asumiendo que los cargos van hacer completamente pagados por la compania de seguros.

Un cargo mensual del 18% sera adicionado al balance no pagado y sera puesto a toda las cuentas que excedan 60 dias desde la fecha del servicio a menos que un arreglo financiero se haga previamente. Yo entiendo que la cuota estimada por mi tratamiento dental solo puede ser extendida por un periodo de 6 meses desde la fecha del examen.

En consideracion del servicio dental profesional que se me ha dado (o por mi requerimiento a mi hijo menor o pupilo) por el odontologo. Estoy de cuerdo en pagar el costo del servicio dental proveido por el odontologo o el empleado al tiempo que los servicios fueron prestados o dentro de 5 dias si el credito se ha extendido por el odontologo. En el evento de que mi cuenta no sea pagada estoy de acuerdo en pagar mi balance mas la suma de recargo o costo por la agencia de coleccion a la cual se me ha enviado o asignado para la coleccion y tambien estoy de acuerdo a pagar los costos del abogado y la corte si fuera necesario.

Yo doy permiso para que me llamen en mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. Tambien estoy de acuerdo que su oficina me deje mensajes concernientes a citas o resultados.

Este acuerdo remplaza cualquier acuerdo firmado anteriormente incluyendo mediaciones o arbitraje yo estoy consiente que los acuerdos anteriores quedan invalidos y anulados.

Yo autorizo al odontologo y sus designados a dar informacion financiera identificable y descripcion del tratamiento e informacion ya sea electronicamente, fax o por escrito a mi seguro o cualquier identidad que requiera obtener esta informacion.

Estoy consiente que he recibido una copia de las polizas privadas de esta oficina. Estoy de acuerdo en revelar al odontologo nombres de las personas a las que autorizo para descutir mi cuidado dental. Yo certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma y con lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en cumplir las condiciones en este documento.

Firma del paciente

Fecha

Relacion con el paciente

PROCEDIMIENTO PARA PROCEDER

Yo autorizo al Dr. _____ y/o asociados o asistentes los cuales sean designados a ejecutar los procedimientos que hayan sido considerados necesarios o recomendados para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable. incluyendo los preparativos y/o administracion de cualquier sedacion (incluyendo oxido nitroso), analgesicos, terapeuticos y/o otros agentes farmaceuticos, incluyendo aquellos relacionados a la restauracion, paleativos, terapeuticos o tramientos quirurgicos.

Yo entiendo que la administracion de anestésicos locales puede causar una reaccion desagradable o efectos secundarios los cuales pueden incluir pero no estar limitados al amoretamiento, hematoma, estimulacion cardiaca, dolor en los musculos, y temporal o radamente adormesimiento permanente. Yo entiendo que ocasionalmente las agujas pueden partirse y es necesario una operacion quirurgica. Ocasionalmente algunas gotas de anestesia pueden tocar los ojos y los tejidos de la cara y causar irritacion temporal.

Yo entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y odontologia basica incluyendo obturaciones de todo tipo, los dientes pueden quedar sensibles o un poco adoloridos durante y despues de completar el tratamiento. Materiales dentales y medicamentos pueden desencadenar reacciones alergicas o sensibilidad.

Despues de citas de larga duracion la mandibula y los musculos pueden estar adoloridos o sensibles. Mantener la boca abierta puede predisponer o precipitar un desorden temporomandibular. Encia y tejidos alrededor pueden estar sensibles o adoloridos durante y/o despues del tratamiento aunque es raro es posible que la lengua, mejillas y otros tejidos orales sean accidentalmente cortados o lacerados durante el procedimiento dental rutinario. En algunos casos suturas o tratamientos adicionales pueden ser requeridos. Yo entiendo que como parte del los articulos de tratamiento dental incluyendo pero no limitado a coronas, instrumentos pequenos, componentes de la pieza de alta velocidad, etc. Puede ser aspirada (inhalada dentro el sistema respiratorio) o tragada. Estas situaciones inusuales pueden requerir una serie de radiografias que van ha ser tomadas por el medico o el hospital y puede en raros casos requerir una broncoscopia u otros procedimientos para asegurarse es seguramente removido.

Yo entiendo que nesecito revelar a el odontologo cualquier orden medica de medicamentos que este tomando actualmente o que halla tomado en el pasado, tal es como Phen-fen. Yo entiendo que tomando los medicamentos para prevencion de la osteoporosis, tales como Fosamax, Boniva, o Actonel, puede resultar en complicaciones de una mala cicatrizacion del hueso de la mandibula seguido de una cirujia oral o una extraccion de diente.

Yo asumo voluntariamente cualquiera y todo los riesgos posibles, incluyendo los riesgos de danos substancial y lesiones serias, si cualquiera estuviera asociada con prevencion general y procedimientos del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o tutelado. Yo entiendo que la indole y el proposito de los procedimientos me han sido explicados si fuere necesario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Paciente

Firma Paciente, Representante Legal o Guardian

Testigo

Fecha

Fecha