Información Del Paciente

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Adulto ☐ Niño/Niña ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado

Nombre del paciente: _____ Fecha De Hoy: _____

Seguro Social Del Paciente: #:_____ Fecha De Nacimiento_____

Teléfono del trabajo:_____ Casa: _____Celular:_____

Correro electronico: _____

Dirección:_____

Ciudad Estado Código Zip

Historia Médica Del Paciente

La Fecha de la ultima visita a el dentista:_____

La razón que usted esta aquí hoy?_____

Ha sufrido usted una de las siguientes enfermedades? Marque si o no

SIDA ☐ Si ☐ No

Allergias ☐ Si ☐ No

Anemia ☐ Si ☐ No

Arthritis Reumatica ☐ Si ☐ No

Coyuntura Artificial ☐ Si ☐ No

Huesos Artificiales ☐ Si ☐ No

Asma ☐ Si ☐ No

Sangrando Anormal ☐ Si ☐ No

Cancer ☐ Si ☐ No

Diabetes ☐ Si ☐ No

Mareos o desmayos ☐ Si ☐ No

Epilepsia ☐ Si ☐ No

sangrado excesivo ☐ Si ☐ No

Desmayos ☐ Si ☐ No

Glaucoma ☐ Si ☐ No

Crecimientos Anormal ☐ Si ☐ No

Fiebre del Heno ☐ Si ☐ No

Traumatismo craneoencefálico ☐ Si ☐ No

Enfermedades del Corazon ☐ Si ☐ No

Soplo del Corazon ☐ Si ☐ No

Hepatitis ☐ Si ☐ No

Presion Arterial Alta ☐ Si ☐ No

Ictericia ☐ Si ☐ No

Enfermedad renal ☐ Si ☐ No

Enfermedad hepática ☐ Si ☐ No

Enfermedad mental Polinosis ☐ Si ☐ No

Trastornos nerviosos ☐ Si ☐ No

Marcapasos ☐ Si ☐ No

Embarazo ☐ Si ☐ No

Fecha de Nacimiento del bebe_____

Tratamiento de Radiacion. ☐ Si ☐ No

Problemas respiratorios ☐ Si ☐ No

Fiebre reumática ☐ Si ☐ No

Reumatismo ☐ Si ☐ No

Problemas Sinusitis ☐ Si ☐ No

Problemas de estomago ☐ Si ☐ No

Infarto ☐ Si ☐ No

Tuberculosis ☐ Si ☐ No

Tumores ☐ Si ☐ No

Ulceras ☐ Si ☐ No

Enfermedades Venéreas ☐ Si ☐ No

Alergia a la Codeína ☐ Si ☐ No

Alergia a la Penicillina ☐ Si ☐ No

☐ **Otras enfermedades-**

_____

_____

_____

_____

- Esta usted bajo el cuidado de algún medico? ☐ Si ☐ No
  Si es (Si), favor explique: _____
- Tiene usted cualquier problemas general de salud? ☐ Si ☐ No
  Si es (Si), favor explique: _____
- Es alérgico a cualquier medicina? ☐ Si ☐ No
  Si es (Si), favor explique: _____
- Nombre de su Doctor de medico?: _____Numero dé teléfono:_____
- Cual es su nombre de su farmacia? ☐ Si ☐ No
  Si es (Si), favor explique: _____

La información arriba es correcta, completa y debe ser usada solamente para mi tratamiento, pagos, y el procesamiento de mi póliza y beneficios de seguros por los cuales yo soy calificado. Yo no hago que mi dentista o cualquier miembro de su consultorio sean responsables por cualquier error e omisión que yo haya hecho en el transcurso de llenar este documento.

_____ Fecha:_____

Firma De Paciente / Guardián

_____ Date:_____

Doctor's Signature

Persona Financieramente Responsable por Servicios

Nombre: _____

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Niño ☐ Otros _____

Seguro Social del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Cuando se puede llamar: _____

Dirección:: _____

El numero y nombre de la calle — El número de apartamento

_____

Ciudad — Estado — Código postal

Información de el Trabajo

Nombre del Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

El numero y nombre de la calle — Estado — Codigo postal

Información del Seguro Dental

Nombre del Asegurado: _____ Relación al paciente? _____

Premier nombre — Inicial — Apellido

Fecha nacimiento _____ Seguro Social: _____ Nombre del Seguro_____

Dirección del asegurado: _____

El nombre del trabajo para el asegurado: _____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado y Código postal_____

El nombre de la Seguransa:_____

Dirección de la seguransa:_____

Cuidad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

_____

Consientimento por Servicios

Como condicion para el tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado.La practica depende del reembolso por parte de los pacientes po el costo contraido en el cuidado y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente se debe determinar antes del tratamiento.

Todos los servicios de emergencia dental, o cualquier servicio dental realizado sin previo arreglo financiero deben de ser pagos en efectivo en el momento en que los servicios sean realizados.

Los pacientes con seguro dental deben entender que todos los servicios dentales realizados son cobrados directamente al paciente, el o ella personalmente es responsible por el pago de todos los servicos dentales.Esta oficina le ayudara a los pacientes a preparar las formas para el seguro o asistira en el proceso de colectar el dinero por parte de la compania de seguros y se acreditata ese dinero a la cuenta del paciente. Sin enbargo esta oficina no es responsible por los cargos que seran pagos por la compania de seguro.

Un cargo de servicio de 1 ½ (mes)-(18% annual) Sera impuesto en el balance sin pagar en todas las cuentas que exedan 60 dias, a menos que un previo arreglo financiero se haya estimando.

Entiendo que la tarifa estimanda por el cuidado dental solo puede ser extendida por un periodo de seis meses desde el dia en que se fue examinado al paciente.

En concideracion por los servicios profecionales brindados o requeridos para mi por el doctor, yo estoy de acuerdo en pagar por lo tanto el valor rasonable, por el doctor o sus empleados asignados en el momento en que los servicios sean brindados .

Yo le otorgo mi permiso a CHAMBLEE DENTAL CARE para llamarme a mi casa o trabajo para discutir cualquier asunto relacionado con esta forma

Yo ya he leido las condicines de tratamiento y pago y estoy de acuerdo con el contenido.

Firma del paciente/ Guardian _____ Fecha _____

Sun Dental Care
2645 North Berkeley Lake Rd.
NW #A-201
Duluth, GA 30096
470-545-1096

Entendimiento De Las Prácticas De Privacidad

Al fimar este documento, yo confirmo que me han informado de mis derechos de privacidad de mi historia de salud, la cual que esta protegida bajo el Acta de 1996 de la Portabilidad & Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability & Accountability Acto f 1996, H.I.P.P.A.). Yo entiendo que esta información puede o sera usada para:

- Proveer y coordinar mi tratamiento con otros provedores medicos que puedan involucrarce en el tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener la remuneración del asegurador para mis servicios de salud medica.
- Hacer operaciones normales de salud, por ejemplo hacer evaluaciones de buena Salud y conducir actividades de mejoramiento.

Me han informado del Aviso de las Practicas Confidenciales de mi dentista que contiene descripciones mas completa de los usos y revelaciones de mi historia de salud. Tengo el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de las Practicas Confidenciales. Yo entiendo que mi proveedor de servicios dentales tiene el derecho de cambiar este Aviso de las Practicas Confidenciales. Tengo el derecho de ponerme en contacto con esta oficina a la direccion arriba para obtener una copia corriente del Aviso de las Practicas Confidenciales.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito algunas limitaciones sobre el uso y la revelacion de mi historia clinica para el tratamiento, para el pago o para las operaciones de salud medica. Tambien entiendo que respectar cuyas restricciones.

Nombre del paciente:_____ Fecha:_____

Firma:_____

Relacion al paciente_____