

Registro del paciente

(Encerrar en un círculo): Dr. / Dra. / Sr. / Sra. / Srta

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: (Encerrar en un círculo) **M / F**

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia de su preferencia (Teléfono): _____

¿Cómo nos conoció? TV Internet Recomendación Otro: _____

Información de seguro

¿Cuenta con seguro dental? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

¿Cuenta con un seguro dental secundario? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

Asegurado primario		Asegurado secundario	
Nombre del suscriptor		Nombre del suscriptor	
Número del Seguro Social del suscriptor		Número del Seguro Social del suscriptor	
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Relación con el suscriptor	<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	Relación con el suscriptor	<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del empleador		Nombre del empleador	
Teléfono de empleador		Teléfono de empleador	
Compañía aseguradora		Compañía aseguradora	
N.º de grupo de seguros		N.º de grupo de seguros	
N.º de teléfono de la compañía aseguradora		N.º de teléfono de la compañía aseguradora	

Presente su tarjeta de seguro a nuestro representante de servicios para pacientes para que sea fotocopiada

Información de salud

Antes de comenzar el tratamiento, necesitamos algunos datos sobre su historia clínica, los cuales podrían afectar el tratamiento. Toda la información es confidencial.

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? _____

Fecha de la última visita al dentista: _____ Fecha de las últimas radiografías odontológicas: _____

Fecha de la última limpieza: _____

Fecha del último examen físico: _____

Nombre y número de teléfono del médico: _____

¿Ha recibido atención por parte de un médico? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

→ ¿Para qué condiciones?: _____

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

Altura: _____ Peso: _____

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

¿Está interesado en el blanqueamiento dental? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

Si usa dentadura postiza, ¿qué antigüedad tiene?: _____

¿Está interesado en tener nueva dentadura postiza?(Encerrar en un círculo) **Sí / No**

¿Recibe o recibió en los últimos 2 años terapia con esteroides/cortisona? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (por ejemplo, FOSAMAX, ACTONEL, BONIVA) o bifosfonatos por vía intravenosa (por ejemplo, ZOMETA, AREDIA)? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

→ ¿Durante cuánto tiempo los tomó? _____

En el pasado, ¿tomó antibióticos antes de los procedimientos odontológicos? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

¿Alguna vez presentó una reacción adversa o se descompuso luego de tomar penicilina, aspirina o codeína, recibir anestesia local, entrar en contacto con látex o metales, o bien recibir otro medicamento? (Encerrar en un círculo) **Sí / No**

Enumere los medicamentos a los cuales es alérgico:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Enumere los medicamos que tome, incluidos los fármacos de venta libre y los medicamentos a base de hierbas/las vitamina:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

Tiene antecedentes de lo siguiente:	S	N		S	N		S	N		S	N
Fiebre reumática			Asthma			Enfermedad de la tiroides			Alcoholismo		
Soplo cardiaco			Alergias o urticaria			Epilepsia o convulsiones			Tratamiento psiquiátrico		
Prolapso de la válvula mitral			Anemia			Desmayos o mareos súbitos			Llagas/protuberancias en la boca		
Diabetes			Bruxismo			Marcapasos/cirugía del corazón			Terapia con aspirina/anticoagulantes		
Enfermedad venérea			Artritis			Dolor mandibular (articulación temporomaxilar)			Úlceras o problemas estomacales		
Presión arterial alta			VIH positivo/SIDA			Alergia al látex			Cualquier tipo de implante		
Presión arterial baja			Transfusión de sangre			Problemas sinusales			Cáncer (tipo: _____)		
Cualquier tipo de trasplante			Problema cardíaco (_____)			Hemorragia excesiva			Caderas, rodillas o demás articulaciones artificiales		
Adicción a las drogas			Diálisis			Accidente cerebrovascular			Otra enfermedad o afección:		
Hepatitis (tipo: _____)			Quimioterapia			Enfermedad pulmonar					
Enfermedad hepática			Radioterapia			Problemas respiratorios					
Enfermedad renal			Uso tabaco			Tuberculosis (TB)					

Pacientes mujeres únicamente:	S	N		S	N
¿Hay posibilidad de embarazo?			¿Se encuentra amamantando?		
Fecha aproximada del parto: ____/____/____			¿Está tomando medicamentos anticonceptivos recetados?		

Certifico que he leído y que comprendo las preguntas anteriores y dejo constancia de que las respondí a mi leal saber y entender. Por el presente, otorgo mi consentimiento para que el dentista lleve a cabo un examen y diagnostique mi afección. También presto mi consentimiento para cualquier procedimiento preventivo y de restauración básico que pudiera resultar necesario. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta por terminado el tratamiento.

Firma _____ Fecha _____

Políticas financieras

Una estimación del costo de tratamiento escrita y clara

Su dentista le proporcionará un plan de tratamiento integral luego de evaluar su salud odontológica general. Le proporcionaremos una estimación clara y detallada del costo de su plan de tratamiento por escrito para que usted sepa qué esperar, incluidos los beneficios estimados del seguro. Si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura de seguro, le recomendamos que se comunique con su compañía aseguradora.

Política de pago

- El pago total del paciente deberá realizarse antes del momento en el que se presten los servicios. Entre los métodos aceptables de pago se incluyen efectivo, cheques personales, Visa®, MasterCard®, American Express®, beneficios de seguros asignados y programas de financiamiento selectos de terceros.
- En el caso de los planes de tratamiento integrales que requieran varias visitas al consultorio, se requiere un depósito mínimo.
- Usted puede, a su criterio, elegir pagar de manera anticipada la totalidad de los planes de tratamiento integrales.

Seguro dental

Si cuenta con seguro dental, la reclamación de su seguro se procesará de la siguiente forma:

- Dentro de la red: si su dentista es un proveedor participante que pertenece a su seguro, la facturación se realizará de conformidad con los términos del acuerdo de su dentista con su compañía aseguradora.
- Fuera de la red: si su dentista no es un proveedor participante ni pertenece a la red de su plan de seguro, acataremos la estructura tarifaria dentro de la red de su aseguradora. Si su aseguradora no acepta su cesión de beneficios a su dentista, usted es responsable del beneficio de seguro calculado.

Políticas financieras

Al firmar a continuación, dejo constancia de que recibí el formulario de Políticas financieras y acepto acatarlas.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacidad, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

Aviso de prácticas de privacidad (deben firmarlo TODOS los pacientes nuevos). Al firmar a continuación, dejo constancia de que he leído el Aviso de prácticas de privacidad, según lo exige la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacidad, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

Divulgación de información a compañías aseguradoras y asignación de beneficios (debe estar firmada por todos los pacientes nuevos con seguro y quienes esperen obtener seguro). En la medida en que lo permite la ley, presto mi consentimiento para que los consultorios a los que asisto (o las personas a las que estos designen) usen y divulguen mi información médica protegida para realizar actividades de pago vinculadas con mi reclamación de seguro. Esta información se usará exclusivamente a los fines de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios. Además autorizo e indico que se pague al consultorio los beneficios odontológicos que de otro modo me corresponderían. Acepto toda la responsabilidad de todos los gastos no cubiertos por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacidad, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)

Parte responsable (si el paciente es menor de 18 años o discapacitado)

(Encerrar en un círculo): Dr. / Dra. / Sr. / Sra. / Srta

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: (___) _____ Teléfono laboral: (___) _____ Teléfono celular: (___) _____

Firma _____ Fecha _____