



¿CÓMO FUÉ REFIRIDO A NUESTRA OFICINA? _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY _____

LETRA DE MOLDE			
PACIENTE _____	Fecha de nacimiento _____	EDAD _____	Género _____
Apellido	Nombre		

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA			
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación con el paciente _____	
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Teléfono de casa # _____		Teléfono movil # _____	
Correo Electrónico _____			
Número de teléfono para notificaciones _____			
Contacto de Emergencia _____		Número de Teléfono _____	

¿Alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes? Por favor marque los que apliquen:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> Donante de Órganos | <input type="radio"/> Alergia al latex | <input type="radio"/> Encías/dientes sensibles |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Migraña | <input type="radio"/> Sinusitis |
| <input type="radio"/> Articulaciones artificiales | <input type="radio"/> Sangrado excesivo | <input type="radio"/> Alergia a la novocaína o efectos secundarios | <input type="radio"/> Problemas estomacales o intestinales |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Desmayo | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Derrame cerebral |
| <input type="radio"/> Enfermedad de la sangre | <input type="radio"/> Heridas en la cabeza | <input type="radio"/> Fecha de parto del embarazo | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca/ cirugía | <input type="radio"/> Tratamiento de radiación | <input type="radio"/> Tumores/Crecimientos |
| <input type="radio"/> Masticar de un lado | <input type="radio"/> Soplo Cardíaco | <input type="radio"/> Problemas Respiratorios | <input type="radio"/> Úlceras |
| <input type="radio"/> Apretar o rechinar los dientes | <input type="radio"/> Hepatitis A, B, or C | <input type="radio"/> Fiebre reumática | <input type="radio"/> Enfermedad venérea |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Preción alta | | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Extracciones difíciles | <input type="radio"/> Nefropatía | | |

Enumere las alergias a los medicamentos: _____

Enumere las operaciones importantes: _____

Enumere las complicaciones del tratamiento dental: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Enumere los medicamentos actuales: _____

A mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, se lo informaré en la próxima cita.

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad) _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: He revisado la Información de Salud.	
_____ Firma del dentista	_____ Fecha

INFORMACIÓN DEL SEGURO

PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA

Compañía de Seguro **PRIMARIO** _____ Teléfono de seguro _____

Grupo # _____ Relación con el paciente _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Número de miembro (ID) _____

Empleador _____ Teléfono _____

Compañía de Seguros **SECUNDARIOS** _____ Teléfono de seguro _____

Grupo # _____ Relación con el paciente _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Número de miembro (ID) _____

Empleador _____ Teléfono _____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Por favor, indique las siguientes declaraciones:

___ Autorizó el tratamiento por parte del médico y los miembros del personal de apoyo.

___ Entiendo que puede haber un cargo de \$35 por citas rotas sin al menos 24 horas de anticipación. **Pacientes de Medicaid/CHIP:** Se notifica a MCNA Dental, DentaQuest, y UnitedHealthcare a través de nuestro sistema automatizado si cancela o no se presenta a su cita. Para mantener su seguro activo, debe seguir la póliza de su compañía de seguros.

___ Autorizó la asignación de beneficios cuando corresponda.

___ Los Pacientes, o Partes Responsables, son responsables de todos los cargos incurridos independientemente del seguro dental. Todo copagos y deducibles vencen en el momento del servicio. Si tiene un seguro con el que no participamos, todos los pagos vencen en el momento del servicio.

___ Acépto toda la responsabilidad por cualquier tarifa legal o de la agencia de cobro en caso de que mi cuenta se convierta en morosa.

___ Le concedo mi permiso, o a su cesionario, para llamarme por teléfono en casa o en el trabajo para discutir asuntos relacionados a esta forma.

___ He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

He leído las condiciones anteriores de tratamiento y pago y acepto su contenido.

Paciente o Parte Responsable (letra de Molde)

Relación con el paciente

Paciente o Parte Responsable (Firma)

Fecha