



Gracias por seleccionarnos para proveer sus necesidades orales de salud. Prometemos proporcionarle lo mejor con Excelencia, Valor, y el Cuidado en la odontología y esperamos llegar a ser una oficina dental a la que usted llegue a adorar y referiera a familia y amigos.

Informacion de Remision (¿Qué le convenció a que nos visiten?)

☐ Remision (¿Quién?) _____ ☐ Publicidad (¿Cuál?) _____
☐ Ubicacion _____ ☐ Otros (Porfavor describir) _____

Informacion del Paciente

Nombre Completo _____ Nombre Preferido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
☐ Casado, ☐ Soltero, ☐ Niño/a, ☐ Viudo, ☐ Divorciado

Información sobre el hogar (Sólo es necesario completar esta sección una vez por familia)

Guardián: _____ Relación: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono Móvil: _____
Telefono Trabajo: _____
Correo electronico (appt. recordatorios /facturas ect.): _____

Información del Seguro (Asegúrese de tener una copia de su tarjetas de seguro primaria y secundaria).

Nombre del subscriptor _____
SS#: _____ Fecha de nacimiento del subscriptor: _____
Empleador: _____

Políticas de Oficina

Garantimos nuestro trabajo de ser sin errores de técnicas y materials. Reemplazaremos nuestro trabajo gratis **si mantiene las limpiezas y completa todo el tratamiento.**

Política de privacidad

Estamos comprometidos a mantener toda su información como privado y no discutir o compartir información personal con excepción de los autorizados por usted. Botamos adecuadamente todos los documentos que tienen toda la información personal sobre ellos. Su dirección de correo electrónico se mantiene como privado. Estamos totalmente dispuestos a cumplir con todas las disposiciones de la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).

Consentimiento a los procedimientos

Usted autoriza a los doctores y el personal en Cascade Family dental para llevar a cabo los procedimientos acordados y en el nivel de atención en usted (o en su solicitud, a su menor hijo o pupilo). Nos comprometemos a informarle a usted acerca de todos los procedimientos. Le animamos a preguntar diligentemente con nosotros si tiene alguna pregunta acerca de los procedimientos o su necesidad; queremos que usted este completamente cómodo durante todo el proceso.

Política de pago

Usted se compromete a ser responsable de su propio proyecto de ley dental. Haremos todo lo posible para ayudar a su proyecto de ley de seguros, pero usted es responsable si no cubren los servicios prestados.

● **Todos los copagos (o total de la cuota para los clientes sin seguro) tienen que ser pagados en el momento del servicio.**

● Usted recibirá un 10% de descuento si usted paga su parte de **todo** el plan de tratamiento antes de empezar el tratamiento, y después del examen comprensivo.

● Se acepta efectivo, tarjetas de crédito, y cheques.

● Ofrecemos 0% de interés durante 12 meses de financiación por medio de Care Credit.

● **Se cobran \$75 por todas las citas perdidas, sin hacernos saber con 48 horas antes de la cita o si no puede pagar al tiempo de servicio.**

Esta dispuesto a pagar por su cuenta y todos los precios, incluyendo multas por retraso y 35% para colecciones sobre la cuenta, y pagar por todos los precios de procuradores y las tasas judiciales.

Firma : _____ Fecha : _____ Relación con el Paciente: _____

Historia de Salud

Sí	No	
☐	☐	1. ¿Ha sido usted objeto de atención medica o algun problema de salud en los últimos años? Si la respuesta es si, explique: _____
☐	☐	2. Nombre o liste el propósito de cualquier medicamento que tome actualmente. _____
☐	☐	3. Tiene alergias? ☐ Latex, ☐ Antibioticos, ☐ Metal, ☐ Anestesia local, ☐ Otros (<i>explique</i>) _____
☐	☐	4. (<i>Mujer</i>) ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?
☐	☐	5. ¿Tiene algún dolor ahora? _____
☐	☐	6. ¿El tratamiento dental lo hace a usted nervioso?
☐	☐	7. ¿Está interesado en los procedimientos cosméticos (<i>blanqueado</i>)?
☐	☐	8. ¿Está interesado en Braces o Invisalign (<i>adultos y jóvenes</i>)?
☐	☐	9. Ha surido de problemas de las encías?
☐	☐	10. ¿Quiere los dientes que falten sean sustituyidos?
		11. ¿Cuándo fue su última visita dental? _____
		12. Otra información que el dentista debe saber _____

Nombre de Medico: _____ Teléfono: _____

¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Problemas del corazón _____	☐	☐	Asma (<i>último ataque?</i>) _____
☐	☐	Trastornos de la sangre _____	☐	☐	Diabetes (<i>tipo?</i>) _____
☐	☐	Presión alta	☐	☐	Tuberculosis (<i>¿cuándo?</i>) _____
☐	☐	Angina / Dolor en el pecho	☐	☐	Tratamiento psiquiátrico _____
☐	☐	Ataque al corazón (<i>¿cuándo?</i>) _____	☐	☐	Enfermedad de Rinon
☐	☐	Paro cardiaco (<i>cuando?</i>) _____	☐	☐	Desmayos o Convulsiones
☐	☐	Requiere antibioticos antes del tratamiento dental?	☐	☐	Artritis (<i>tipo?</i>) _____
☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐	Productos de tabaco _____
☐	☐	Válvulas cardíacas artificiales	☐	☐	Alcohol (<i>¿con qué frecuencia?</i>) _____
☐	☐	Marcapasos	☐	☐	Drogas de recreo (<i>i.e. narcoticos</i>)
☐	☐	Articulaciones artificiales (<i>¿dónde?</i>) _____	☐	☐	Toma medicamentos para la osteoporosis? _____
☐	☐	Se hace moretones fácilmente	☐	☐	Ruido en su mandíbula
☐	☐	Hepatitis o enfermedad del hígado	☐	☐	Dolores de cabeza
		Tipo? _____	☐	☐	Apthas o afta herpetiforme
☐	☐	VIH o el SIDA	☐	☐	Boca seca, típico con medicamentos
☐	☐	Cancer (<i>tipo?</i>) _____	☐	☐	Historia de sinusitis
			☐	☐	Otro, _____

Por lo presente certifico que mis respuestas a las preguntas son exactas. Dado que un cambio en mis condiciones médicas o medicamentos pueden afectar el tratamiento odontológico, estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier subsiguiente nombramiento.

Firma _____ Fecha _____
 (Paciente, guardián o agente oficial legales de paciente)