

Bienvenido

Gracias por confiar en nosotros para su cuidado dental. Le prometemos hacer lo mejor para proveerle el tratamiento mas fino disponible.

Informacio De Paciente

Nombre _____
Fecha De Nac _____ Edad _____ Num Seguro Social _____
Numero De Telefono (casa) _____ Celular _____
Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
Como Preferie ser contactado? Texto _____ Llamado _____ E-mail _____
Prefiere sus citas en la (círculo todo lo que corresponda) Manana _____ Medio Dia _____ Tarde _____
Como conosio de la oficina? _____
SEXO ☐ M ☐ F ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Menor
E-mail _____ Numero De Celular #2 _____
Empleador _____ Telefono del Empleador _____
Dirrection del empleo _____
Esposa/o _____ Empleador _____
Nombres de sus hijos o familiares que viven en casa _____
A Quien podemos agradecer por conocernos? _____
Persona de contactar en caso de emergencia _____ # De telefono _____

Persona Responsable Por Las Finanzas En Esta Cuenta

Nombre De Persona Responsable _____ Relacion al Paciente _____
Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
Numero de Licencia # _____ Fecha De Nac _____ #De Seguro Social _____
Empleador _____ Telefono del Empleador _____
Es Paciente de nuestro consultorio? SI NO E-mail _____ Cell# _____

Seguro Dental

Nombre del Asegurado _____ Relacion al Paciente _____
Fecha De Nac _____ SS# _____ # De identificacion _____
Empleador _____ Telefono del Empleador _____
Nombre de Seguro _____ Numero De Tel# _____
Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
Por favor indique si usted está cubierto por algun seguro adicional. Si No
Nombre de asegurado _____ Relacion con el paciente _____
Fecha De Nacimiento _____ SS# _____ # De identificacion _____
Nombre del Seguro _____ Numero De Tel# _____

Historia Dental

La Rason por su Visita _____
Estás adolorido? (Si es así, describa) _____
Dentista anterior _____ fecha de su ultimo examen dental _____
Por qué estás con un nuevo dentista hoy _____
Cualquier preocupación que le gustaría compartir con nosotros? _____
Por favor (circule) lo que le aplica a usted:

Mal Aliento	Si / No	Moliendo Los Dientes	Si / No	Sensitividad a lo frio	Si / No
Sangramiento de las encias	Si / No	Dientes flojos rellenos quebrados	Si / No	Sensitividad a lo dulce	Si / No
Tronar de la quijada	Si / No	Tratamiento Dental	Si / No	Sensitividad al morder	Si / No
Collecion de comida entre los dientes	Si / No	Sensitividad a lo caliente	Si / No	leciones en la boca	Si / No
Usted usa el hilo dental		Cada cuando se sepilla los dientes?		Le sangran las encias?	Si / No

Historia Medica

Nombre de Doctor

Fecha de su ultima visita

Usted a tenido una operacion seria?	Si / No	Esplique si indico que si
Usted a tenido una transfucion de sangre?	Si / No	Fechas si indico que si
Usted a tenido historia de Endocarditis	Si / No	Indique fecha
Usa remedies naturales de hierbas?	Si / No	Describe
Usted toma una aspirina diaria?	Si / No	

(Mujeres)

Esta Embarazada?

Si / No

Amamantando?

Si / No

Tomado anticonceptivos?

Si / No

Por favor (circule) lo que le aplica a usted:

Anemia	Si / No	Lecion congenital del Corazon	Si / No	Fiebre scarlet	Si / No
Hepatitis Tipo	Si / No	Arthritis, Rheumatismo	Si / No	Tratamiento de cortizona	Si / No
Reparacion de hernia	Si / No	Corto de respiracion	Si / No	Valvula artificial de Corazon	Si / No
Tos presistente	Si / No	Presion alta/ baja	Si / No	Salpullido de la piel	Si / No
Juntaduras artificiales.	Si / No	Sangra al toser	Si / No	HIV/SIDA	Si / No
Embolia	Si / No	Diabetis	Si / No	Dolor en la Quijada	Si / No
Asthma	Si / No	Enfer. de los rinones	Si / No	Inchado de pies o tovillos	Si / No
Problemas de la espalda	Si / No	Epilepsia	Si / No	Tiroides	Si / No
Enfermedad de el higado	Si / No	Sangramiento abnormal	Si / No	Desmallos	Si / No
Habito de tabaco o fumar	Si / No	Enfermedad de la sangre	Si / No	Valvula mitral	Si / No
Glaucoma	Si / No	Tonsillitis	Si / No	Dolor de cabeza	Si / No
Cancer Tipo	Si / No	Marca pasos	Si / No	Tuberculosis	Si / No
Dependencia a las drogas	Si / No	Murmulos en el corazon	Si / No	Tratamiento de radiacion	Si / No
Enfermedad respiratoria	Si / No	Problemas de el corazon	Si / No	Ulcera	Si / No
Enfermedad veneria	Si / No	Chemotherapia	Si / No	Problemas de la circulacion	Si / No
Fiebre reumatica	Si / No	Hemophilia	Si / No	Lupus	Si / No
Enfermedad de Alzheirmer	Si / No	Deficiencia de aprendizaje	Si / No	Enfermedad de Asperger	Si / No
Fibromyagia	Si / No				

Indique los medicamento que esta tomado :

Otro

Allergias:

Latex

Codeine

Local Anesthetic

Other

Sulfa

Iodine

Penicillin

Other

Con el mejor de mi conosimiento toda la informacion ariba esta completa y corecta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si yo, mi hijo/a tiene un cambio en su salud.

Firma del paciente, padre, guardian legal

Fecha

Imprima el nombre del paciente, guardian legal

Fecha

For office use only

Date reviewed

Dr Signature

Autorizacion y Relevu

(Requirido)

Según entiendo la información anterior es completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor, tiene un cambio en la salud.

Certifico que yo y / o mis dependientes Tienen cobertura de seguro con _____

Nombre de Seguro

y asignar directamente a Larry Grimaldi DDS todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagaderos a mi por servicios rendido. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El dentista arriba mencionado puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información al seguro arriba mencionado y sus agentes con el fin de obtener el pago por servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagar por servicios relacionado.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Imprima el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Opciones De Pago (Requirido)

Para mantener el costo de los tratamientos bajos y continuar a proveer cuidado con calidad para nuestros pacientes , haora aceptamos solo pagos completos el dia de su tratamiento. Aceptamos pagos de su aseguranza y procesamos cobros a su seguro como cortecia para todos nuestros pacientes, por favor anote el seguro dental nunca es un pago garantizado nosotros intentamos obtener el estimado de su porcio y informarle antes de cualquier tratamiento para obtener su permiso. Le pedimos que nos indique cual es su forma de pago para su tratamiento hoy.

Tomamos orgullo en siempre informarle de cualquier costo que pueda adquirir antes de empesar su tratamiento y siempre obtener su consentimiento para rendirle servicios. Nosotros cobrabos un cargo de \$25.00 dolares por cualquier cheque regresado por su banco, si el cheque no es pagado en el plazo de 7 dias, accion legal pueda ser usada para colectar cualquier cantidad, y usted sera responsable por todos los cargos incuridos. Iniciales _____

Por Favor (✓) la opcion (es) mas conveniente para pagar su cuenta hoy en completo..

- ☐ **Efectivo/ Cheque**
- ☐ **Visa /MasterCard**
- ☐ **Financiamiento** *atraves de Care Credit.Alphaeon,, Cherry, Proceed (con el credito aprobado, necesita hacer una solicitud)*
Pagos bajos mensuales o pagos sin interes.

Areglos de pago puedan ser ofrecidos y tratamos de siempre aydar a nuestros pacientes con su porcion. Cada tratamiento sera revisado individualmente.

Practicas de Privacidad

- ☐ Yo confirmo que se me a dado la oportunidad de revisar la copia de las noticias de privacidad NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.(HIPAA) Y entiendo que la oficina proveera actualize que cualquier cambio en estas leyes. Iniciales _____
- ☐ Yo confirmo que se me a dado la oportunidad de revisar la copia de las leyes de cuidado de materiales Material Safety Data Sheet (MSDS). Iniciales _____
- ☐ Yo le otorgo a Larry Grimaldi DDS Consentimiento de usar mi foto para uso de la oficina o en publicaciones en el internet para proposito de ensenar o promocion. Iniciales _____

Guia De Citas

Nosotros le pedimos a todos nuestros pacientes que nos den 24 horas de noticia para cancelar cambiar una cita. Esto nos dara suficiente tiempo para informarle a otro paciente de la disponibilidad en el horario de la doctor. Gracias por su coperacion. Nosotros entendemos que suceden emergencias pro favor de informarnos lo mas pronto possible para cambiar su cita.

Firma

Fecha