

WELLINGTON DENTAL ASSOCIATES

9161 LIBERIA AVENUE | MANASSAS, VIRGINIA 20110

Fecha: _____ Numero de telefono (____)____-____ Celular (____)____-____

(Apellido)

(Nombre)

(Inicial de segundo nombre)

Direction _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Edad ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____ Numero de telefono: (____)____-____

Nombre de Esposo(a)/Padre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empleador de Esposo(a)/Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____ Numero de telefono: (____)____-____

Quién es responsable de esta cuenta? _____ Relación al paciente: _____

Seguro Social/No. de ID: _____ Seguro Social de Esposo(a)/Padre: _____

Nombre de compañía de seguro dental: _____ No. de grupo: _____

En caso de emergencia, que debe ser notificado? _____ Telefono: (____)____-____

Dirección de correo electrónico: _____

A quien podemos agradecer por su referencia? _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del médico: _____ Fecha del último examen físico: ____/____/____

Ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Sólo marque los que correspondan).

___ Problemas del corazón

___ Epilepsia

___ Dieta especial

___ Hipertensión

___ Dolores de cabeza

___ Artritis

___ Presión arterial baja

___ Hepatitis o ictericia

___ Fiebre reumática

___ Problemas circulatorios

___ Cáncer

___ Problemas de sinusitis

___ Problemas nerviosos

___ Atención Psiquiátrica

___ S.I.D.A u otro

___ Recientes Pérdida de Peso

___ Diarrea crónica

___ Úlceras

___ Problemas de espalda

___ Alergias a los anestésicos

___ Enfermedad venérea

___ Diabetes

___ Alergias a medicina / drogas

___ Dependencia Química

___ Enfermedades Respiratorias

___ Alergias generales

___ Enfermedades de la Sangre

Tiene alguna alergia a medicamentos o ha tenido una reacción adversa a algún medicamento? **SI o NO**

Si su respuesta es sí, a qué medicamento?

Alguna vez ha respondido negativamente a cualquier tratamiento médico o dental? **SI o NO**

Está tomando algún medicamento(s) en este momento? **SI o NO** Si su respuesta es sí, qué medicamento?

Está bajo el cuidado de un médico? **SI o NO** Para qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuál es su peso? _____

Mujeres: Usted sospecha que está embarazada? **SI o NO** Está amamantando? **SI o NO**

Hay algo más que deberíamos saber acerca de su historial médico? _____

	HISTORIA DENTAL	SI	NO
1.	Sus encías sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental?	_____	_____
2.	Sus dientes son sensibles a líquidos / alimentos calientes o fríos?	_____	_____
3.	Sus dientes son sensibles a líquidos / alimentos dulces o amargos?	_____	_____
4.	Siente dolor en alguno de sus dientes?	_____	_____
5.	Tiene algún llagas o bultos en o cerca de su boca?	_____	_____
6.	Ha tenido alguna lesión en la cabeza, cuello o la mandíbula	_____	_____
7.	Ha tenido alguno de los siguientes problemas?		
	a. Trueno la mandíbula?	_____	_____
	b. Dolor (articulación, oído, lado de la cara)?	_____	_____
	c. Dificultad para abrir o cerrar la boca?	_____	_____
	d. Dificultad para masticar?	_____	_____
8.	Tiene dolores de cabeza frecuentes?	_____	_____
9.	Aprieta o rechina los dientes?	_____	_____
10.	Muerde los labios o las mejillas frecuentemente?	_____	_____
11.	Alguna vez ha tenido extracciones difíciles en el pasado?	_____	_____
12.	Alguna vez ha tenido sangrado prolongado después de extracciones?	_____	_____
13.	Ha tenido algún trabajo de ortodoncia?	_____	_____
14.	Ha tenido instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes?	_____	_____
15.	Ha tenido instrucciones sobre el cuidado de las encías?	_____	_____

La información anterior es exacta y completa a mi mejor saber y entiendo que es sólo para el uso de mi tratamiento, facturación y procesamiento de los seguros para los beneficios de los que tengo derecho. No voy a responsabilizar a mi dentista o cualquier miembro de su personal de los errores u omisiones que pueda tener en el llenado de este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, el abajo firmante, tengo seguro con _____ y asigno todos los beneficios directamente a Dr. Yann y sus asociados. Si los hay, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones seguros ya sea manual o electrónico. Si la compañía de seguros está solicitando información sobre mis servicios dentales y no respondo, yo seré responsable de esos servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Menor de edad

Yo, siendo el padre/tutor de _____ solicito y autorizo al personal dental y la administración de los anestésicos que se consideren aconsejables por el doctor. En el caso que no esté presente a la cita actual cuando se representa el tratamiento, le enviaré un consentimiento por escrito de cualquier trato con la persona que va a tomar a mi hijo a la cita con el dentista.

Firma: _____ Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO

Reconozco que el pago es debido en el momento del tratamiento, a menos que se tomen otras medidas escritas. Si el paciente es menor de edad, yo como padre/tutor acepto toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados para el tratamiento del menor. Yo acepto la responsabilidad completa por todos los cargos que no cubre mi seguro dental. Reconozco que habrá un cargo de \$35.00 en todas las cuentas que estén en mora 90 días y se envían a una empresa de colección. También reconozco que hay un cobro de \$45.00 para todas las citas canceladas sin aviso de 24 horas.

Firma: _____ Fecha: _____

POLÍCA DE PRIVACIDAD

1. La información que nos proporcione no será compartida o vendida a ninguna otra persona para su uso comercial.
2. Puede obtener una copia de su expediente de tratamiento. Los padres pueden tener una copia de los registros de tratamiento de sus hijos.
3. Puede agregar información a su expediente de tratamiento, especialmente los nuevos problemas médicos personales.
4. Se grabará cualquier comunicación del tratamiento a otros profesionales de la salud (especialistas en odontología, médico personal) o cualquier otra persona (compañía de seguros, la salud pública o agencia del orden público, etc.)
5. Usted puede decirnos que no desea ninguna información tratada con cualquier relación específica, sea un familiar, socios, etc
6. Por favor díganos si hay algo acerca de su tratamiento o experiencia que era inaceptable. Sólo podemos mejorar si tenemos sus comentarios y sugerencias.

ENTIENDO LA POLÍCA DE PRIVACIDAD COMO SE INDICA ARRIBA

Firma: _____ Fecha: _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Tomamos su seguro como una cortesía, pero no somos plenamente responsables de que sus reclamos sean pagados. Es la responsabilidad del paciente de contactar a nuestra oficina al cabo de 30 días para confirmar que la demanda de seguro(s) se han pagado por su compañía de seguros o un cheque con su compañía de seguros. Si tenemos que volver a presentar una reclamación dental en su nombre, habrá un cargo adicional.

Firma: _____ Fecha: _____