

REGISTRO DE PACIENTE

Fecha _____ (CON LETRAS DE MOLDE)

Paciente _____, _____
Apellido Primer Nombre Inicial SS #
Dirección/Calle Cuidad Estado Código Postal

Sexo: Hombre Mujer Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de teléfono _____

Numero del celular _____ Correo Electrónico _____
¿Como se enteró de nosotros? ___ Amigo, ___ volante, ___ Internet, ___ Seguro, ___ Manejando, ___ Iglesia,
----Otro, (explique por favor) _____

Numero de teléfono preferido en cual podemos confirmar su cita: Casa Celular

Empleado por _____ Teléfono del trabajo _____

En caso de emergencia, ¿a quién se debe notificar? _____ Teléfono _____

¿A quien podemos agradecer por habernos referido a usted? _____

¿Razón por visita? _____

PADRE/GUARDIÁN RESPONSABLE: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

SOSTENEDOR DE POLÍZA _____

(Relación al paciente usted esposo(a) padre/madre)

Empleado: _____ Teléfono del trabajo: _____

Asegurado Por: _____ Numero del ID: _____

SS # _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Hombre Mujer

Asigno directamente a Progressive Dental Group, los beneficios serán pagados a mí para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sí o no pagado por el seguro. Autorizo por este medio a doctor a compartir toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis sumisiones del seguro en papel o electrónico.

Fecha

Firma

MENOR/NIÑO CONSENTIMIENTO

Yo, que soy el padre o el guardián de _____ solicito y autorizo por este medio al personal dental realizar los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo, pero no limitados a las radiografías, y a la administración de los anestésicos que sean recomendados por el doctor, si o no estoy presente en la cita real cuando se rinde el tratamiento. Convengo que padre/guardián son responsables de todos los honorarios y servicios rendidos para el tratamiento de un menor/niño.

Fecha

Firma

HISTORIA MÉDICA

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Aunque los personales tratan principalmente con la zona dentro y alrededor de tu boca, tu boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que puedas tener, o medicamentos que estés tomando, podrían tener una interrelación importante con el trabajo de odontología que usted va a recibir. Gracias por responder a las siguientes.

- ¿Está bajo cuidado de un médico ahora? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza/cuello? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actone O otros medicamentos que contienen bifosfonatos? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Está usted en una dieta especial? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Usa usted tabaco? Yes No Si la respuesta es sí: _____
- ¿Usa usted sustancias controladas? Yes No Si la respuesta es sí: _____

Solo para mujeres: ¿Está usted?

Embarazada/tratando de embarazarse? Yes No

Tomando anticonceptivos orales? Yes No

Amamantando? Yes No

¿Es usted alérgico a cualquier de los siguientes?

- Aspirina
- Penicilina
- Codeína
- Anestesia Local
- Metal
- Acrílico
- Látex
- Medicamentos con Sulfa

¿Otro? Si la respuesta es sí, por favor, explique

¿Tiene usted, o ha tenido, alguno de los siguientes?

- | | | |
|---|---|---|
| SIDA/VIH <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | La Cortisona Medicamentos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Epilepsia O Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fiebre de Heno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Colesterol Alto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tratamiento de Radiación <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | La Espina Bífida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas Respiratorios <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Sangrado Excesivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ataque al Corazón o Fallo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Urticaria o Erupción <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Enfermedad Hepática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Pérdida de Peso Reciente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad estomacal/ Intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Moretones con Facilidad <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Adicción a Las Drogas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Sed Excesiva <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Soplo Cardíaco <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | La Hipoglucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Presión Arterial Baja <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diálisis Renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Derrame Cerebral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cáncer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fácilmente Sin Aliento <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Desmayos/ Mareos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Marcapasos en el Corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Latido del Corazón Irregular <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| La Enfermedad Pulmonaria <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fiebre Reumática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hinchazón de las Extremidades <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Tos Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas en los Riñones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| El prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Reumatismo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Tiroides <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artritis/ La Gota <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Dolores en el Pecho <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Amigdalitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Diarrea Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hemofilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tumores O Crecimientos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| La válvula de corazón artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes Labial/ Ampollas Febriles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ulceras <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Dolores de Cabeza frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis A, B o C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad Venérea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Dolor de la Mandíbula <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ictericia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Articulación artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cardiopatía Congénita <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| Herpes Genital <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| Enfermedad Paratiroidea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad De Células Falciforme <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Presión Arterial Alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| La Atención Psiquiátrica <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sinusitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |

Alguna vez ha tenido su hijo/ a una enfermedad grave no mencionada anteriormente? Yes No

Comentarios: _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma han sido contestadas exactamente. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mí (O el paciente) y mi/si salud. Es mi responsabilidad informar la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del paciente, padre o guardián legal: _____

Fecha: _____

Progressive Dental Group

Autorización para su consentimiento para el tratamiento de menores

Yo, el abajo firmante, soy el padre o tutor legal del paciente antes mencionado, un menor de edad. Tengo el poder de dar su consentimiento para el tratamiento dental para el paciente. Por la presente autorizo y nombrar a las personas cuyos nombres figuran no puede ser contactado a modo de obrar, como el tratamiento dental puede incluir, sin limitación de atención de emergencia. Examen de rayos X, el tratamiento anestésico y el uso de otros medicamentos, y el cuidado dental general. Sin determinación previa de emergencia o peligro de daño grave o permanente debida al retraso de tratamiento necesario en peligro la vida se hará bajo esta autorización.

Voy a indemnizar y mantener indemne progresiva Dental Group (la "Práctica") de y contra cualquier gasto o reclamación de cualquier naturaleza de la relación con la provisión de tratamiento de la Práctica en virtud de esta autorización (excepto en la medida en la práctica es negligente en el mismo) y de forma condicionada de acuerdo para realizar o hacer que se realice, mediante la asignación de beneficios de terceros o de otro tipo, el pago total y completa para dicho tratamiento dental. Por la presente autorizo a la Práctica para cargar la tarjeta de crédito se enumeran a continuación para el pago de cualquier y todos los tratamientos emitido de acuerdo con esta autorización.

Personas Autorizadas:

Nombre: _____
Relación con el paciente: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

Nombre: _____
Relación con el paciente: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

Nombre: _____
Relación con el paciente: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

Información de tarjeta de crédito:

Tipo de tarjeta de crédito: _____
Número de tarjeta: _____
Nombre en la tarjeta: _____
Fecha de caducidad: _____

Fecha

Firma

PROGRESSIVE DENTAL GROUP POLITICA DE LA OFICINA

POLIZA DE CAMBIO DE CITA/ CANCELATION: Nuestra práctica se dedica a la atención de calidad y un servicio excepcional. Habrá un cargo por esta visita. Es necesario reconocer la importancia de darnos total colaboración en la realización y citas. Nuestros doctores y equipo toman tiempo preparándose para su visita. Citas perdidas y canceladas crean problemas de programación para nuestro equipo, así como para otros clientes. Si necesita cambiar su cita, requerimos que nos informe en un mínimo de 24 horas para que podemos acomodar a otros clientes.

Si no se recibe la notificación correspondiente, se cobrará una cuota de \$30.00, he leído y estoy de acuerdo a la póliza financiera y cancelación de Progressive Dental Group.

Inicial _____

NINOS: Una vez que haya aprobado el plan de tratamiento de la sala de pacientes, se creará y el tratamiento se iniciará. Sólo el paciente y uno de los padres o tutores responsables serán permitidos en la habitación en el momento del tratamiento.

Inicial _____

Yo autorizo el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos, según sea necesario (incluyendo sin limitación el óxido nitroso), y soy consciente de que el uso de agentes anestésicos implica ciertos riesgos, incluyendo, pero no limitado a, enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos, aborto involuntario, paro cardíaco, somnolencia y / o falta de coordinación. Entiendo que las tarifas adicionales se pagan por el uso de óxido y / o sedación nitrosa.

Inicial _____

DEPOSITIVOS DE SEGURIDAD: La oficina usa el sistema de contención para proteger a nuestros pacientes y el personal. Dispositivos de sujeción que se utilizan solamente con el consentimiento escrito y verbal por parte de un padre o tutor. Si en cualquier momento tiene preguntas, por favor hable con nosotros de inmediato, y francamente.

Inicial _____

POLIZA FINANCIERA: Nuestro objetivo principal es que el costo del tratamiento no impida que se beneficie de la calidad de atención que necesita o desea. En nuestra oficina, nos esforzamos para maximizar sus beneficios de seguro y hacer cualquier saldo restante fácilmente accesible. Nuestros honorarios se basan en los materiales que utilizamos y el tiempo, esfuerzo y habilidades requeridas en la realización de su tratamiento necesario. Cobramos lo que es habitual para nuestra zona. Le ayudaremos con su elegibilidad de beneficios antes del tratamiento para ayudarle a calcular sus costos y maximizar su seguro. Estaremos sensibles a sus circunstancias financieras y haremos todo lo posible para ayudarle a lograr la salud bucal que necesita.

Solicitamos que cualquier copago, deducibles y cualquier de los servicios no cubierto por un plan de seguro se ha pagado el momento de la prestación. El balance es su responsabilidad, si su compañía de seguros paga o no. No cobramos a su seguro a menos que contemos con toda la información en su visita inicial. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de 45 días, el saldo será transferido automáticamente a su cuenta. Por favor, tenga en cuenta que algunos y posiblemente todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos y no se consideran razonable, normal y habitual bajo los términos de su póliza medica o dental.

Yo autorizo a la práctica de presentar solicitudes para el pago por los servicios prestados o autorizaciones previas necesarias para la empresa pacientes de seguro, en mi nombre o en el paciente nombre, según sea el caso, y por este medio ceder y transferir a la práctica los beneficios pagaderos para el tratamiento rendido.

Inicial _____

POLIZA DE DEPOSITO: Debido a la gran cantidad de tiempo de nuestro personal y los que se dedican a preparar u reservar un tiempo ininterrumpido para el tratamiento, se requiere un depósito de la mitad o un tercio del total de tratamiento para realizar su reserva.

Inicial _____

ACUERDO FINANCIERO: Reconozco que el pago es debido en el momento del tratamiento, a menos que se tomen otras medidas. Acepto la plena responsabilidad financiera de todos los gastos no cubiertos por el seguro.

HE LEIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA POLITICA FINANCIERA PUBLICADO EN LA SALA DE ESPERA DEL PROGRESSIVE DENTAL GROUP.

(COPIA DESPONIBLE BAJO PETICION)

Fecha

Firma

La información antedicha es exacta y completa al mejor de mi conocimiento y está solamente para el uso en mi tratamiento, facturación y proceso del seguro para las ventajas para las cuales me dan derecho. No haré responsable a mi dentista o a ningún miembro en su personal de ningunos errores u omisiones que pude haber hecho en la terminación de esta forma.

Fecha

Firma

