

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo: _____ **Apodo:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
 Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ No binario ☐ Prefiero no decirlo Pronombre preferido: ☐ El ☐ Ella ☐ Ellos/Ellas(Elles)
 Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo
 Dirección de Correo: _____ Apt. #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____
 Dirección Física: _____ Apt. #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____
 Telé. del Trabajo: _____ Telé. de la Casa: _____ Telé. Celular: _____
Número de Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____
 Empresa donde trabaja: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____
 Nombre de los miembros de su familia que son pacientes de nosotros: _____
 A quién debemos agradecerle por haberle recomendado nuestra oficina? _____
 A quién debemos avisar en caso de emergencia?
 1) Nombre: _____ Telé.: _____ Relación con paciente: _____
 2) Nombre: _____ Telé.: _____ Relación con paciente: _____

PERSONA RESPONSABLE FOR ESTA CUENTA

(Si el paciente es menor de edad, por favor completa las siguientes dos secciones con la información de los padres del menor)

Nombre: _____ Relación con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección de Correo (Si es diferente de arriba): _____ Apt. #: _____
 Empresa donde trabaja: _____ **Número de Seguro Social:** _____
 Dirección del Trabajo: _____
 Telé. de la Casa: _____ Telé. del Trabajo: _____ Telé. Celular: _____

ESPOSO/ESPOSA DEL PACIENTE O EL OTRO PADRE DEL MENOR

Nombre: _____ Relación con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección de Correo (Si es diferente de arriba): _____ Apt. #: _____
 Empresa donde trabaja: _____ **Número de Seguro Social:** _____
 Dirección del Trabajo: _____
 Telé. de la Casa: _____ Telé. del Trabajo: _____ Telé. Celular: _____

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SEGUNDA PÁGINA...

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Seguro Dental: ☐ Sí ☐ No Fecha de efectividad: _____	Seguro Médico: ☐ Sí ☐ No Fecha de efectividad: _____
Nombre del titular: _____	Nombre del titular: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Empresa donde trabaja: _____	Empresa donde trabaja: _____
Compañía de seguro: _____	Compañía de Seguro: _____
Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato#: _____	Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Seguro Dental: ☐ Sí ☐ No Fecha de efectividad: _____	Seguro Médico: ☐ Sí ☐ No Fecha de efectividad: _____
Nombre del titular: _____	Nombre del titular: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Empresa donde trabaja: _____	Empresa donde trabaja: _____
Compañía de seguro: _____	Compañía de Seguro: _____
Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato#: _____	Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA

Estamos muy felices de ser parte de su salud y cuidado dental, y de haber reservado el tiempo para su cita. Nosotros entendemos que algunas veces es necesario cancelar o cambiar su cita. Si por cualquier motivo usted no puede mantener su cita programada con nuestra oficina, y en consideración con otros que también necesitan el cuidado, por favor tenga en cuenta nuestra póliza de cancelación de citas:

Nuestra oficina requiere por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar su cita. Si usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se cobrarán \$100.00 por cada hora.

Firma de paciente: _____ **Imprima de persona responsable (Si paciente es menor):** _____

Firma de persona responsable (Si paciente es menor): _____ **Fecha:** _____

PAGO DE TARIFAS PROFESIONALES

El pago es esperado al momento del servicio. Para su conveniencia, aceptamos VISA y MASTERCARD. Nuestra oficina enviará los reclamos a su compañía de seguros. Se aplicará un cargo por servicio del 0.25% mensual a todos los saldos que son más viejos de 90 días. El cargo de tasa anual del servicio es del 3%.

Yo entiendo que Virginia Family Dentistry, P.C., hará todos los esfuerzos para cobrar a mi compañía de seguros por el tratamiento recibido. Por la presente autorizo a Virginia Family Dentistry, P.C., proporcionar la información necesaria a la compañía de seguros sobre mi tratamiento, y enviar al dentista todos los pagos por los servicios dentales proporcionados a mí y a mis dependientes. Con mi firma en este documento, reconozco mi responsabilidad financiera por cualquier monto no pagado por el seguro respecto a los servicios prestados a mí o a mis dependientes. También es de mi conocimiento que si mi balance es transferido a un bufete de abogados, yo soy responsable del (33.33%) del pago del abogado o de la agencia de colección sobre la deuda no cancelada. Asimismo, el firma de abogados podrá iniciar acciones legales tales como la interposición de demandas de cobro y embargos de sueldos para recuperar los saldos pendientes. En caso de que la cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, acepto pagar una comisión del 30% sobre el saldo no pagado.

Firma de paciente: _____ **Imprima de persona responsable (Si paciente es menor):** _____

Firma de persona responsable (Si paciente es menor): _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última cita médica: _____

MEDICAMENTOS

¿Está tomando algún medicamento en este momento? (con o sin prescripción médica) ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, escríbalos: _____

¿Tomas medicamentos que diluyen la sangre? (Aspirina, Eliquis, Xarelto, Coumadin, Plavix)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado medicamentos para la osteoporosis, en tabletas o inyecciones? (Actonel, Fosamax, Boniva, Reclast, Aredia)? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando medicamentos inmunosupresores o recibiendo quimioterapia? ☐ Sí ☐ No

¿Le ha dicho un médico que tome un antibiótico antes de las citas con el dentista? ☐ Sí ☐ No

ALLERGIAS

¿Tiene alergia o ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes?

☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Ibuprofeno ☐ Sulfa Droga ☐ Látex ☐ Anestesia Local ☐ Metálico/Níquel ☐ Otro: _____

CONDICIONES

Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Estas lactando? ☐ Sí ☐ No

¿Usa tabaco? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca Si es así, ¿qué forma? ☐ Cigarillos ☐ Vapear ☐ Sin humo

¿Bebe alcohol? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca ¿Usa marihuana? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca

¿Ha tenido o está recibiendo tratamiento de radiación en la cabeza y el cuello? ☐ Sí ☐ No

Por favor, marque todo lo siguiente que corresponda:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Paro cardíaco, fecha: _____ | ☐ Asma | ☐ Enfermedades del riñón |
| ☐ Derrame cerebral, date: _____ | ☐ EPOC | ☐ Hepatitis, tipo: _____ |
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Apnea del sueño | ☐ Enfermedad de uso de drogas |
| ☐ Presión alta | ☐ Diabetes | ☐ SIDA/VIH positivo |
| ☐ Problemas de coagulación | ☐ Cáncer, tipo: _____ | ☐ Reemplazo de articulación, fecha: _____ |
| ☐ Marcapasos | ☐ Enfermedad de la tiroides | ☐ Válvula artificial de corazón |
| ☐ Please list any additional conditions: _____ | | |

HISTORIA DENTAL

Nombre de su dentista anterior: _____

¿Cuando fué su última cita? ☐ Antes 6 meses ☐ 6 meses a 1 año ☐ 1 - 2 años ☐ Más de 2 años

¿Cuál es la razón de su visita? _____

¿Está ansioso por el tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿está interesado en el óxido nítrico o sedación? ☐ Sí ☐ No

¿Estás interesado en alguno de los siguientes tratamientos cosméticos? ☐ Blanqueamiento ☐ Ortodoncia/Invisalign ☐ Carillas dentales

¿Utiliza algún aparato bucal? ☐ Férula dental de descanso ☐ Retenedor dental ☐ Aparato para apnea del sueño

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CREE QUE DEBERÍAMOS SABER

Firma de paciente: _____ Imprima de persona responsable(Si paciente es menor): _____

Firma de persona responsable(Si paciente es menor): _____ Fecha: _____