

# 21<sup>st</sup> Century Dental

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino  Casado  Soltero  Niños  Otro

Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ ( trabajo ): \_\_\_\_\_ Ext. : \_\_\_\_\_ Pager/Celular: \_\_\_\_\_

Dirección E-Mail : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle Apartamento # Ciudad Estado Código Postal  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Position : \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo hay ? : \_\_\_\_\_

Si otros miembros de su familia inmediata son pacientes en nuestra office? \_\_\_\_\_

Damos la bienvenida a nuevos pacientes, dándoles una opción de producto 1) blanqueamiento para dientes de cortesía o 2) el crédito de \$ 50 para el tratamiento dental o producto (no canjeables por dinero en efectivo). ¿Qué opción prefiere?  
(Los formularios deben ser llenados por hora de la cita para ser elegibles para la oferta)

**BLANQUEAMIENTO \_\_\_\_\_ Crédito de \$ 50 \_\_\_\_\_**

## Remisión de información

¿Se puede agradecer a alguien por su referencia?

¿O nos ha encontrado por su cuenta?

Miembro de la familia \_\_\_\_\_

Nuestro galardonado sitio web.  
(¿Cómo lo encontraste?) \_\_\_\_\_

Un compañero de trabajo \_\_\_\_\_

Amigo \_\_\_\_\_

Irving Parent \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita dental: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque las que se aplican:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El VIH / SIDA            | <input type="checkbox"/> Pression Alta            |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> marcapasos               |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Química                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Dependencias             | <input type="checkbox"/> Transplante / Prótesis   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Alérgicas al níquel?     |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                | Cirugías recientes? _____                         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | _____   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                | _____   |

¿Está usted actualmente embarazada:  Sí  No  
Fecha de vencimiento : \_\_\_\_\_

¿Prefiere el óxido nitroso (gas hilarante) durante los procedimientos dentales?  Sí  No

Alergias a medicamentos: or No allerias  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Toma un hueso de fomento de la droga tales como Fosamax, Actonel, Zometa, Aredia or Pamidronate?  Sí  No

¿Actualmente consume tabaco?  Sí  No Si es así, ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Quieres dejar de fumar?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido alguna complicación o reacciones alérgicas después de un tratamiento dental?  Sí  No

¿Tiene algún problema de salud que necesitan más aclaraciones?  Sí  No

• Nombre del médico primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

• Si ninguno de los empastes de amalgama de mercurio necesidad de reemplazo, ¿preferiría tener un diente más natural, la restauración de color en su lugar?  Sí  No

• ¿Con qué frecuencia se despierta con dolor de cabeza o dolor en la mandíbula de origen desconocido? \_\_\_\_\_

• Si ha dejado a su dentista anterior, ¿cuáles son las razones? \_\_\_\_\_

• ¿Está usted interesado en sedación odontología?  
 Sí  No

• ¿Ronca, o le han dicho que lo ace?  
 Sí  No

• ¿Está interesado en el blanqueamiento de los dientes?  
 Sí  No

• ¿Tiene mal sabor en la boca?  
 Sí  No

• ¿Está usted interesado en enderezar los dientes?  
 Sí  No

**Nosotros usamos los productos de látex para su seguridad. Si usted tiene una sensibilidad conocida a los productos de látex, por favor notifique a nosotros antes de ser llamado de nuevo a la sala de tratamiento.**

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada es verdadera y correcta. Si algún día tengo algún cambio en mi salud, le informará sin falta a los médicos en la próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor Date: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ ¿Está asegurado el paciente?  Sí  No

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado Empleador: \_\_\_\_\_

La relación del paciente con el asegurado:  Mismo  Esposo  Hijo/a

Dentales nombre de la empresa de seguros dental: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

Por favor, lea y firme que nuestra oficina de archivo de su seguro: Yo autorizo la entrega de la información y entiendo que soy responsable de todos los gastos de tratamiento dental. Por la presente autorizo el pago directo a continuación-dentista de nombre al grupo asegurador de los beneficios de otro modo pagadero a mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor Date: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Servicios

Como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes para los costes derivados de su cuidado y responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento. Los pacientes que tengan seguro dental entienden que todos los servicios dentales amueblada se imputan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro pacientes o ayudar en la toma de las colecciones de las compañías de seguros y de crédito cualquier tipo de colectas en la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros. Las compañías de seguros tienen una amplia variedad de reglas y exclusiones que la oficina no podrá tener en cuenta. El personal de la oficina estimación de la cobertura de seguro a lo mejor de su capacidad, pero el paciente está de acuerdo en que esto es sólo una estimación, no una garantía de la cobertura. Un cargo de servicio de 1 ½% mensual (18% anual) sobre el saldo no pagado puede ser aplicado a todas las cuentas superior a 60 días, a menos que previamente por escrito los acuerdos financieros están satisfechos. +En consideración de los servicios profesionales prestados a mí, ni a petición mía, por el médico, me comprometo a pagar por lo que el valor razonable de dichos servicios a dijo el doctor, o su cesionario, en el momento de dichos servicios son prestados, o dentro de cinco (5) días de la facturación si el crédito podrá ser prorrogado. Además estoy de acuerdo que el valor razonable de dichos servicios será el que facturan a menos que se opuso a, por mí, por escrito, dentro de los plazos para el pago de la misma. Además estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier época o continuación condición no constituirá una renuncia a un término más o condición y que además se compromete a pagar todos los gastos y honorarios razonables de abogados, si adaptarse a interponerse en el presente documento. Concedo mi permiso para que usted o su cesionario, a llamar por teléfono a mi casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. Estoy de acuerdo en tener fotos tomadas de mí que se utilizará para la educación y la formación. He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y de acuerdo a su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor Date: \_\_\_\_\_

**Si usted tiene seguro dental, por elegir una de las siguientes opciones:**

Por la presente autorizo 21st Century dental para mantener mi firma, el archivo y cargar en mi cuenta de tarjeta de crédito para cualquier y todas las tasas de tratamiento que queda después de que mi seguro ha procesado mi reclamo, o el saldo que aún queda después de 90 días. Pagaré mi estimado co-pago en el momento del tratamiento y el número de mi tarjeta de crédito serán guardados en el archivo.

Nombre del titular Impreso \_\_\_\_\_

Firma del titular \_\_\_\_\_

De facturación del titular Dirección (calle) \_\_\_\_\_

Dirección del titular (ciudad, estado y código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono del titular # \_\_\_\_\_

MasterCard  Visa  AMEX  Discover Tarjeta de Crédito # \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entiendo que al no dejar una tarjeta de crédito pre-autorización en el archivo, voy a tener que pagar la cantidad completa de mi nombramiento en el momento del servicio por una de las siguientes: efectivo, cheque, tarjeta de crédito o 3<sup>a</sup> Parte de Financiamiento . 21st Century Dental presentar mi reclamación de seguro en mi nombre y solicitará que los beneficios se reembolsará directamente a mí.

**AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN:** Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mí oa mi niño durante el período de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista (si mi seguro se lo permiten) o un seguro de grupo de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Yo autorizo a mi información personal de pago (cheques o tarjetas de crédito utilizada para hacer pagos en su cuenta), y será conservado en el archivo, si es necesario, a la restitución en el saldo después de seguros paga o más de 90 días de retraso.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

Date: \_\_\_\_\_