

## Gold Standard Family Dental

### Registro y Historial Dental

#### Información Del Paciente

Seguridad social# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Otro numero \_\_\_\_\_

Estado civil Casado Soltero Menor Divorciado Viduo

Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Numero de trabajo \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por recomendarte? \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia, nombre y numero \_\_\_\_\_

#### Seguro Dental

Nombre del subscritor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Identificación de miembro \_\_\_\_\_

Grupo \_\_\_\_\_ Numero de seguro \_\_\_\_\_

¿Hay un seguro adicional?

Razón por su visita de hoy _____ Dentista previo _____ Fecha de última visita dental y radiografías _____ Por favor circule sí o no para indicar si tiene alguna de los siguientes:	¿Tu mandíbula hace clic? SI NO Boca seca SI NO Respiración por la boca SI NO Recogida de comida entre dientes SI NO Objetos extraños SI NO Rechinar los dientes SI NO Encías hinchadas o sensibles SI NO Dolor de la mandíbula o cansancio SI NO Morderse los labios o las mejillas SI NO Dientes flojos SI NO Dolor de boca o cepillado SI NO Tratamiento periodontal SI NO Tratamiento de ortodoncia SI NO Dolor o crecimiento en la boca SI NO
Mal aliento SI NO Sangrado de las encías SI NO Ampolla en la boca SI NO Sensación de ardo en la lengua SI NO Dientes ir rellenos rotos SI NO Masticar e un lado de la boca SI NO Fumar cigarrillos SI NO	

## HEALTH HISTORY

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted ha tomado alguna de estas medicaciones referidas como "fen-phem"? Estas incluyen combinaciones de lominin, adipex, fastin (nombres comerciales de phentermine), Pondimin (fenfluramin) y redux (dexfenfluramine) Si No

### CIRCULE "SI" O "NO" PARA INDICAR SI USTED PADECE O PADECIÓ LO SIGUIENTE:

Enfermedades venéreas VIH/SIDA	Si	No	Epilepsia	Si	No	Fiebre Reumática	Si	No
Anemias	Si	No	Fatiga Mareos	Si	No	Dificultad Para Respirar	Si	No
Artritis, Reumatismo	Si	No	Glaucoma	Si	No	Escarlatina	Si	No
Válvulas artificiales en corazón	Si	No	Dolores de Cabeza	Si	No	Sinusitis	Si	No
Articulaciones Artificiales	Si	No	Soplo Cardíaco	Si	No	Irritaciones En La Piel	Si	No
Asma	Si	No	Problemas Cardíacos	Si	No	Dieta Especial	Si	No
Problemas en espalda	Si	No	Hepatitis Tipo _____	Si	No	Pies O Tobillos Hinchados	Si	No
Sangrado anormal con extracciones	Si	No	Herpes	Si	No	Glándulas Del Cuello		
O Cirugías	Si	No	Presión arterial alta	Si	No	Inflamadas	Si	No
Problemas En Sangre	Si	No	Ictericia	Si	No	Problemas En La Tiroides	Si	No
Cáncer	Si	No	Dolor De Quijada	Si	No	Carrera	Si	No
Dependencia Químicas	Si	No	Problemas En Hígado	Si	No	Amigdalitis	Si	No
Quimioterapias	Si	No	Problemas En Riñón	Si	No	Tuberculosis	Si	No

#### MEDICACIONES

Ponga en lista cualquier medicamento que este tomado en la Actualidad con el diagnostico correlacionado: \_\_\_\_\_

Nombre de su Farmacia: \_\_\_\_\_

#### ALERGIAS (CIRCULE)

Aspirina Anestesia Local

Barbitúrico (píldoras para dormir)

Penicilina Codeína

Iodinas Látex

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sulfamida

Otras \_\_\_\_\_

Problemas de circulación	Si	No	Presión Arterial Baja	Si	No	Tumor/Crecido En	Si	No
Problemas Cardíacos Congénitos	Si	No	Prolapso De La Válvula			Cabeza O Cuello	Si	No
Tratamiento Con Cortisona	Si	No	Mitral	Si	No	Úlceras	Si	No
Tos Persistente O Con Sangre	Si	No	Problemas De Nerviosismo	Si	No	Pérdida De Peso		
Diabetes	Si	No	Osteoporosis	Si	No	Inexplicable	Si	No
Enfisema	Si	No	Marcapasos	Si	No	Dificultad Para Dormir	Si	No
¿Usa usted lentes de contacto?	Si	No	Atención Psiquiátrica	Si	No	Usted Ronca	Si	No
Fiebre Reumática	Si	No	Tratamientos De			Usted Deja De Respirar		
			Radiación	Si	No	En Las Noches	Si	No
			Problemas De Radiación	Si	No	Apnea Del Sueño	Si	N

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN AGREGO Y DOY CONSENTIMIENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES EXACTA Y PRECISO:

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

USO SOLO DE LA OFICINA

BP: \_\_\_\_\_

Pulse: \_\_\_\_\_



# **Gold Standard Family Dental**

## **PÓLIZA DE FINANCIAMIENTO**

Gracias por escoger nuestra oficina para sus necesidades dentales. Nosotros entendemos que el financiamiento de cada persona es diferente. Por esta misma razón trabajamos duro para proporcionar una variedad de pagos, opciones para ayudarlos a recibir la atención dental que usted necesita y merece, que le permita disfrutar de una sonrisa saludable y hermosa de acuerdo a su presupuesto.

Un tratamiento dental es una inversión médica y psicológica para cada individuo, siempre estamos a su disposición de responder sus preguntas y asistirlo en cualquier manera posible.

### **TÉRMINOS OPCIONALES DE PAGO:**

1. **DESCUENTO DE PREPAGO:** Si la cuota del paciente es más de 1000 dls nosotros ofrecemos una cortesía con un 5% de descuento para los pacientes que pagan su cuota (esta no se espera que sea pagada por el seguro) por el total del plan de tratamiento el día que este presentado así mismo a nosotros nos permite organizar todas las citas necesarias con anticipación y ordenar cualquier material que este requerido específico para su necesidad, y recompensarlo a usted con el 5% de descuento. Pagos efectivo o cheque son aceptados para el descuento.
2. **OPCIONES DE PAGO PARA SERVICIOS MAYORES:** Nosotros ofrecemos la opción de dos pagos para coronas, puentes y dentaduras. Nosotros pedimos la mitad del pago total al iniciar el tratamiento y la otra mitad al entregarlo.
3. **PAGOS SIN INTERESES:** Con el acuerdo de CareCredit, ofrecemos a nuestros pacientes con la aprobación, un pago sin intereses hasta 12 meses sin enganche, no cuotas anuales ni penalidades de prepago, generalmente las aplicaciones pueden ser completadas en línea en la página de CareCredit y la aprobación a pocos minutos.

Los pagos son esperados ya sea por anticipado o el día del servicio aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito todas las principales tarjetas de crédito y CareCredit.

Las pólizas del Seguro dental son un acuerdo entre el Seguro y el asegurado. Nosotros aceptamos seguros con el entendimiento de que cualquier pago no recibido en 30 días será responsabilidad del paciente. Para esos pacientes con seguro secundario reembolsara al paciente directamente.

**PACIENTES QUE PIERDEN SUS CITAS O CANCELAN EN UN PERIODO DE TIEMPO CORTO (MENOS DE 24 HORAS) SON REQUERIDOS A HACER UN DEPÓSITO PARA LAS CITAS SUBSECUENTES.**

Por lo siguiente usted está de acuerdo con los puntos y términos anteriores.

*Gold Standard Family Dental*

---

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA