

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre De El Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo el cuidado de un proveedor dental (es decir, dentista general, ortodoncista, etc.)?  no  sí

En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

¿Es un familiar directo es uno nuestros pacientes?  no  sí Nombre: \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con usted sobre próximas citas, recordatorios u ofertas especiales de oficina a través de:

Correo Electrónico and/or  Mensaje de Texto

**Información del Seguro:**  No cubierto por el seguro dental

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Empleador Asegurado \_\_\_\_\_

Identificación del Asegurado o Número de SSN # \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros Dentales \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### Información de Farmacia:

Nombre \_\_\_\_\_ ¿Has llenado aquí antes?:  no  sí

Dirección de Farmacia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Farmacia \_\_\_\_\_

### Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_

### ¿Cómo te gustaría mejorar tu sonrisa?

Blanqueo  Alisado  Mejor higiene bucal general  Carillas  Me gusta mi sonrisa tal como es

Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS DE SALUD

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | AIDS/HIV Positivo                           |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Alergias o Urticaria                        |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Anemia                                      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Angina de Pecho                             |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Artritis                                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Articulación Artificial o Válvula Cardíaca  |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Asma  |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Transfusión de Sangre                       |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Fácilmente Abollado                         |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Quimioterapia                               |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Herpes Labial/Ampollas Febriles             |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Defectos/Lesiones Cardíacas Congénitas      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Medicina con Cortisona                      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Tos crónica                                 |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Diabetes                                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Enfisema                                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Epilepsia/Convulsiones                      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Desmayos/mareos                             |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Glaucoma                                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Ataque Cardíaco/Enfermedad                  |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Insuficiencia Cardíaca                      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Soplo Cardíaco                              |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Cirugía de Corazón                          |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Hepatitis A o B                             |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Presión Arterial Alta/Baja                  |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Problemas Renales                           |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Enfermedad del Hígado                       |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Mitral Valve Prolapse                       |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Prolapso de la Válvula Mitral               |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Marcapasos/Desfibrilador                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Tratamiento Psiquiátrico                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Tratamiento de Radiación                    |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Reumatismo                                  |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Apnea del Sueño                             |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Ataque Del Corazón                          |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Enfermedad de Tiroides                      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Tuberculosis                                |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Úlceras/Colitis                             |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Enfermedad de Células Falciformes           |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Enfermedades de Transmisión Sexual/Venéreas |
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a alguno de los siguientes?

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Materiales de látex                            |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Penicilina u Otros Antibióticos                |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Anestésicos Locales ("Novocaína")              |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Codeína u Otros Narcóticos                     |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Drogas Sulfa                                   |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Aspirina                                       |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Barbitúricos, Sedantes o Pastillas Para Dormir |

Otro: \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguno de los siguientes?

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Anticoagulantes                                       |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Antibióticos o Sulfonamidas                           |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Medicina Para la Presión Arterial Alta                |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Antidepresivos o Tranquilizantes                      |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Nitroglicerina  |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Cortisona u Otros Esteroides                          |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Insulina, Orinase u Otro Medicamento Para la Diabetes |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Medicina Para la Osteoporosis (Densidad ósea)         |

Enumere **TODOS** los medicamentos que está tomando actualmente para incluir vitaminas y suplementos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha fumado o fuma, vapea o usa productos de tabaco?

**\*Esta información es importante para su seguridad durante la cirugía.**

- no     sí

¿Há consumido ou utilizado atualmente drogas ilícitas?

**\*Esta información es importante para su seguridad durante la cirugía.**

- no     sí

Mujer:

- |                             |                             |                                  |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Puede Estar Embarazada           |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | Tomar Hormonas o Anticonceptivos |

¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una operación o enfermedad grave en los últimos cinco años?  no     sí

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? \_\_\_\_\_

**Consentir:** Yo, \_\_\_\_\_, autorizar al Médico a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda diagnóstica que el Médico considere apropiada para realizar un diagnóstico exhaustivo de las necesidades odontológicas del paciente. También autorizo al Doctor a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan estar indicadas en relación con el Paciente y además autorizo y consiento que el Doctor elija y emplee la asistencia que considere adecuada. También entiendo que el uso de agentes anestésicos conlleva cierto riesgo.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

IMPRIMA el Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_



Because everyone deserves to smile!

**Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**

Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago, presentación de seguros y operaciones de atención médica.

Tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y de otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea detenida y completamente antes de firmar este Consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier información de salud protegida que mantengamos. Tenga en cuenta que puede obtener una copia de nuestro Aviso en cualquier momento.

**El Dentista de Grapevine**  
**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA**  
**("Reconocimiento")**

Reconozco que he recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA** de esta práctica dental.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enumere las personas a las que podemos divulgar información en su nombre:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente *(debe firmar incluso si no incluye a nadie)*

**-OR-**

Firma del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Descripción del representante personal (es decir, poder notarial, padre, gurdian, otro): \_\_\_\_\_



Because everyone deserves to smile!

## Políticas de la Oficina

### Póliza de Seguros:

El dentista de Grapevine está dentro de la red de las principales compañías de seguros PPO.

Al verificar sus beneficios, le proporcionaremos un presupuesto previo a su tratamiento. Tenga en cuenta que no se garantiza que su seguro cubra el tratamiento estimado.

En caso de que tenga cobertura limitada, será responsable de cualquier cargo y/o tarifa facturada a su compañía de seguros cuando se le niegue el pago.

### Seguros Primarios y Secundarios:

- El Dentista de Grapevine verificará tanto el seguro primario como el secundario.
- Su seguro primario se aplicará en el momento del tratamiento. No podemos mostrar la cobertura estimada con su seguro secundario hasta que facturemos al seguro primario.
- El dentista de Grapevine facturará a su seguro primario por el tratamiento.
- Una vez que recibamos la EOB de su proveedor primario, le facturamos a su secundario. El seguro secundario requiere una EOB (explicación de beneficios) del seguro primario antes de que se pueda enviar un reclamo.

### Predeterminaciones:

- Una predeterminación (pre-d) de beneficios es una revisión por parte del personal dental de su aseguradora, para determinar si están de acuerdo con el tratamiento que le hemos recomendado para sus necesidades dentales.
- Las determinaciones previas se realizan antes de su tratamiento, para garantizar que comprenda lo que está cubierto y lo que no está cubierto por su plan de seguro dental.

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

### Política de Pago:

Para su comodidad, The Grapevine Dentist acepta las siguientes formas de pago:

- Tarjetas de Débito
- Todas las principales tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, American Express)
- Crédito de Atención
- Club de Préstamos
- Posibles planes de pago: CUALQUIER PAGO NEGADO TENDRÁ UN CARGO ADICIONAL DE \$150 AGREGADO A SU SALDO. DESPUÉS DE 2 PAGOS NEGADOS, SERÁ ENVIADO A COBROS
- Controlar
  - Tenga en cuenta que The Grapevine Dentist debe recibir todos los cheques al MENOS 5 días hábiles antes de su tratamiento. El dentista de Grapevine requiere que el monto COMPLETO se liquide en el banco antes de la fecha de su tratamiento.

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_



Because everyone deserves to smile!

**Política de Depósito:**

El dentista de Grapevine cobrará los siguientes depósitos al programar su tratamiento dental. Tenga en cuenta que todos los depósitos se destinarán al monto total de su tratamiento.

- Implantes: \$200
- Muelas del Juicio: \$200
- SRP (limpieza profunda): \$50
- Coronas: \$50
- Zoom Blanqueo: \$100
- Sedación para Tratamiento de Odontología General: \$200
- Injerto de tejido: \$200
- Óseo: \$200
- LANAP: \$200

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

**Política de Reprogramación:**

- Reprogramar su cita dental con *menos de 48 horas* de anticipación está sujeto a los siguientes cargos de oficina no reembolsables.
  - Reprogramar *una vez*: \$50
  - Reprogramación *dos veces*: \$100
  - Reprogramación *tres veces*: El dentista de Grapevine ya no lo aceptará como paciente.
- La reprogramación de una cirugía (es decir, muelas del juicio, implantes, extracciones, etc.) con *menos de 7 días calendario de anticipación* está sujeta a los siguientes cargos de oficina.
  - 7 días calendario o menos: tarifa de oficina no reembolsable de \$200

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

**Política de Pacientes Tardíos:**

- A los pacientes que lleguen *más de quince (15) minutos tarde a su cita* programada se les puede pedir que la reprogramen como cortesía para nuestros otros pacientes programados.

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, he leído, entiendo y acepto la Política de seguro, la Política de pago, la Política de depósito y la Política de reprogramación de The Grapevine Dentist. Entiendo que el incumplimiento de estas políticas del consultorio podría resultar en la cancelación de mi tratamiento y procedimiento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_



Because everyone deserves to smile!

## **Exploración Radiográfica y Reconocimiento del Alcance de la Revisión**

El Dentista de Grapevine ofrece una exploración radiográfica o de imágenes en 3D (escaneo CBCT) de cortesía de su mandíbula.

### **Radiación:**

- Las exploraciones radiográficas como rayos X, tomografías computarizadas, etc. lo exponen a la radiación. Toda exposición a la radiación está relacionada con un riesgo ligeramente mayor de desarrollar cáncer. El nivel de riesgo depende de la cantidad total de radiación recibida. La cantidad de radiación que recibirá durante esta exploración será la más baja razonablemente posible.
- Las exploraciones NO se recomiendan para mujeres embarazadas debido al peligro potencial para el feto.
- Rechazar una exploración CBCT impedirá la capacidad adecuada para diagnosticarlo. Dado que una exploración CBCT es una herramienta de diagnóstico, la falta de información requerirá una evaluación y planificación del tratamiento adicionales.

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

### **Revisión Limitada del Escaneo:**

- Un médico autorizado de The Grapevine Dentist interpretará la exploración ÚNICAMENTE para posibles procedimientos dentales.
- La exploración no será revisada por un especialista en radiología.
- Un médico de The Grapevine Dentist no revisará, interpretará ni analizará la exploración en busca de problemas o inquietudes médicas.

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

### **Sin Relación de Tratamiento:**

- Esta exploración CBCT no crea una relación de tratamiento con los médicos de The Grapevine Dentist.
- Esta exploración CBCT no crea una obligación para que The Grapevine Dentist realice su tratamiento.
- Una relación de tratamiento comenzará después de su consulta y examen inicial en The Grapevine Dentist.

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

**Yo, \_\_\_\_\_ he leído, entiendo y acepto el Acuse de recibo de la exploración radiográfica y el alcance de la revisión y comprendo que me han informado sobre los riesgos y beneficios de realizarme la exploración.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_