

ArDente Dental, PSC
1009 S. Jackson Street, Frankfort, IN 46041

INFORMACION DEL/ LA PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Status Marital: C S D V
Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Escuela/ Trabajo: _____ Numero de seguro social: _____
Numero de Casa: _____ Numero de celular: _____
Correo electronico: _____
Podemos enviarte un mensaje de texto a tu teléfono celular, referente a tus citas: SI NO

Contacto de emergencia: _____
Numero de teléfono: _____
Porque selecciono nuestra oficina? _____
A quien podemos agradecer por referirlo/a? _____
Por favor escriban los nombres de su familia más cercana que vienen a nuestra practica:

Información de los padres (si es menor de edad) / INFORMACIÓN del esposo o de la esposa

Nombre de padre; madre; esposo; esposa _____
Fecha de Nacimiento _____ Numero de seguro social _____
Dirección _____
Nombre del lugar donde trabaja _____

INFORMACIÓN DE ASEGURAZA DE DONDE TRABAJA

Nombre completo de la persona que tiene la aseguranza _____ Fecha de nacimiento _____
Numero de seguro social _____ Relación al paciente _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre de donde trabaja _____ Dirección de donde trabaja _____
Nombre de la compañía de aseguransa _____ Nombre del grupo o unión _____

ArDente Dental, PSC
1009 S. Jackson Street, Frankfort, IN 46041

INFORMACION MEDICA

Enfermedades que tiene o ha temido, (enierre en un circulo):

Enfermedad de los pulmones	Artritis	Alcoholismo o adicción a drogas
Epilepsies/ convulsiones	Cáncer o tumor	Alergia a latex
Fiebre reumática	Cirugía	Anemia/ Hemofilia
Hepatitis o Enfermedad del hígado	Diabetes	Asma
Presión arterial alta	Enfermedad de la tiroides	Desmayo o vertigos
Problemas del corazón	Fuegos/llagas en la boca	Positivo de VIH/SIDA
Soplo del corazón	Problema en los rinones	Quimioterapia
Válvula artificial del corazón /articulación	Problemas de sinusitis	Tratamiento de radiación

Por favor conteste las preguntas a su mejor sabiduría.

Ha estado bajo el cuidado de un doctor medico en los últimos dos anos? Si No

Sí, si cual fue la razon? _____

Nombre del doctor y su numero de teléfono _____

Tiene algún problema medico que no esta en la lista? _____

Eexpliqué por favor: _____

Esta tomando alguna medicina o droga? _____

Explique por favor: _____

Tiene alergias a alguna medicina, droga, o otra sustancia? _____

Necesita premedicación antes del tratamiento dental? Si No

Mujeres

Esta embarazada? _____ (Si es así) Cuando se alivia? _____

Esta dando pecho? _____

Esta usando anticonceptivos? _____ Sí, si que tipo? _____

Fuma o usa tabaco masticable? _____ Que cantidad al día? _____

Office Use: Med History Reviewed _____ Blood Pressure ____/____

Notes: _____

ArDente Dental, PSC
1009 S. Jackson Street, Frankfort, IN 46041

INFORMACIÓN DENTAL

Ardente dental se esfuerza para proveer optima salud oral. Por favor llene el cuestionario a su mejor sabiduría para ayudarnos a conocerte y tu salud oral.

Nombre de su Dentista anterior: _____

Cuando fue su ultima visita al dentista? _____

Cual fue la razón: _____

Esta teniendo problemas dentales en este momento? SI/NO

Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? SI/NO

Le sangran las encías cuando usa hiló dental? SI/NO

Esta nerviosa / o de tener tratamiento dental? SI/NO

Ha tenido una mala experiencia en una oficina dental antes? SI/NO

Que cambiaria acerca de su sonrisa?

Reemplasar dientes SI NO

Mal aliento SI NO

Enfermedad de Encias SI NO

La apariencia de su Sonrisa SI NO

Dientes Mas Derechos SI NO

Dientes Mas Blancos SI NO

Otra Cosa: _____

La información que esta arriba esta correcta a mi mejor sabiduría. Yo estoy de acuerdo en informarle al equipo de Ardente Dental, PSC de cualquier cambio en mi condición medica. Yo también estoy de acuerdo en que nadie del equipo de Ardente Dental será responsable por ningún error que yo aya echo al completar mi información medica y dental.

Fecha _____ Firma del/ la paciente o guardián _____

Poliza De Pago

Poliza de aviso de responsabilidad de colección: En consideración del servision proveido a los pacientes, Yo/nosotros garantizamos pagos en su totalidad a la cuenta del paciente en acuerdo con sus arreglos financieros echos a tiempo de su despedida o sí no hizo tal arreglo entonces los pagos deben ser pagados en su totalidad entre 30 dias de su despedida. Yo/Nosotros estamos de acuerdo en caso de incumplimiento en los pagos, costos razonables de colección igual al 50 por ciento al saldo moroso y/o cuotas razonables de abogados pueden ser incluidas a la cuenta adeudada al saldo de cueta. Iniciales _____

Entiendo que tengo el derecho de elegir quien realizami atención dental y entiendo que hay una couta de \$20 para duplicar mis radiografias y registros si elijo transferir a otra oficina dental.

Formulario de reconocimiento de politica de oficina He recibido, leído, y entendido la declaración de politica del consultorio Ardente Dental incluyendo las citas de programación /error,seguro, colecciones,copagos y politica de pagos y me comprometo a mantener esas politicas a lo mejor de mi capacidad. Iniciales _____

Por favor seleccione la caja apropiada:

- Dinero en efectivo o cheques personales son aceptados al tiempo de su tratamiento.**

- Si usted tiene aseguranza queremos que aproveche todos su beneficios. El personal de la oficina le puede ayudar a completar sus formas de la aseguranza y a verificar la cobertura que su programa particular ofrece. Nosotros aceptamos encargarnos del pago de la aseguranza, que es otro servicio para usted. Esto significa que usted es responsable por su deducible y la porción que la aseguranza no cubra. **Esa porción debe de ser pagada al tiempo del tratamiento. Recuerde que usted también es responsable** por la cuenta que usted tiene con la compañía de la aseguranza, sí por cualquier motivo la compañía no le cumple a usted o a nosotros.

- Mastercard, Visa y Discóver.**

- Para pagos extendidos o de largo termino ofrecemos un programa de financiamientos, siempre y cuando usted sea aceptado/a se le va a permitir pagos chicos mensualmente por el tratamiento que se le va a proveer.

Yo autorizo a la doctora que haga el tratamiento en cualquier y todo tipo de maneras, medicación y terapia, que esta indicado en conexión con el cuidado dental de el/la paciente que esta nombrado/a arriba, y yo doy mi consentimiento a Ardente Dental PSC que escoja el tratamiento y la asistencia que sea necesaria para mi. Yo también entiendo que antes del tratamiento la doctora y o las ayudantes van a darme una explicación completa del tratamiento que voy a recibir. Yo estoy de acuerdo en pagar por todo el tratamiento dado en esta oficina dental.

Firma de la persona responsable

Relación

Fecha

ArDente Dental, PSC
1009 S. Jackson Street, Frankfort, IN 46041

Recibo de consentimiento de la notificación de privacidad

****Usted puede renunciar a firmar esta notificación ****

Yo _____, e recibido una copia de la notificación de privacidad.
Nombre

Niños también cubiertos

Yo autorizo a Ardente Dental a relevar mi información a la siguiente persona(s):

1. _____
2. _____
3. _____

Firma

Fecha

Para uso de la oficina nada mas

Nosotros tratamos de obtener la firma en el recibo de consentimiento de la notificación de privacidad, pero no la pudimos obtener porque:

- Porque la persona se opuso a firmar
- Hubo barreras que nos prohibieron obtener la firma del consentimiento
- Una situación de emergencia nos prohibió obtener la firma del consentimiento
- Otra razón (Por favor explique)

