

CAMBRIDGE FAMILY DENTAL

Juan Manuel Molina, DDS
¡Bienvenida A Nuestra Oficina!

POR FAVOR DE LLENAR EL FRENTE Y LA PARTE DE ATRÁS DEL CUESTIONARIO

Gracias por haber escogido Cambridge Family Dental como su oficina dental. Estamos comprometidos a proveerle el mayor cuidado dental posible. Si tiene alguna pregunta llenando el cuestionario, avísanos.

Nombre Del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Apodo _____ Seguro Social _____ - _____ - _____
Dirección _____ Teléfono de la casa () _____
Apt. # _____ City _____ Teléfono celular () _____
State _____ Zip Code _____ Dirección de E-Mail _____
Estudiante Si No. Escuela a que asiste _____
Estado Civil Soltero Casado Separado / Divorciado Viuda Sexo Masculino Femenino
Propósito de la visita de hoy _____ ¿Cómo escuchó de nuestra oficina? _____
Lista de otros miembros de la familia se ven por nosotros: _____

Persona responsable de Cuenta

Nombre _____ Compañía de Trabajo _____ Posición _____
Dirección _____ Teléfono del trabajo () _____
Ciudad / Estado / Código Postal _____ Soc. Sec. # _____ - _____ - _____
Teléfono () _____ Licencia De Conducir _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación Del Paciente

Mismo(a) Padre Madre Esposo Otro _____
La visita de hoy será pagado en dinero efectivo Cheque Tarjeta de Crédito Asignación seguro

Seguro Primario Dental

Nombre de Suscriber _____ Fecha de Nacimiento _____ Identification # _____
Dirección de Suscriber _____ Teléfono () _____
Empleador _____ Insurance Plan de Name _____ Teléfono _____
Seguros Dirección _____
Plan de Grupo # _____ Fecha Efectiva _____

Nombre del médico _____ teléfono del médico # () _____ Última visita _____

Información En Caso De Emergencia: Por favor de dar nombres y números de teléfono de un familiar (o amigo) *que no viven con usted* en quepodemos ser llamados en caso de una emergencia.

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____
Numero De Teléfono _____ Teléfono De Trabajo _____ Teléfono De Celular _____

YO AUTORIZO AL DENTISTA PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE SE NECESITE PARA CUIDADO DENTAL APROPIADO. FOTOS PUEDEN SER TOMADAS PARA FINES DE SEGURO O UTILIZA COMO UNA HERRAMIENTA PARA AYUDAR A EDUCAR PACIENTES. YO SOY RESPONSABLE DE INFORMAR A ESTA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI HISTORIA DE SALUD. TODOS RADIOGRAFÍAS QUE SE TOMAN SON PARTE DE NUESTROS REGISTROS PERMANENTES. USTED PUEDE SOLICITAR COPIAS DE LOS RAYOS X O REGISTROS; SIN EMBARGO, UNA CUOTA REPRODUCCIÓN SE APLICARÁ. FOTOS TOMADADAS SON PROPIEDAD DE DR. MOLINA.

Firma _____ Fecha _____

Firma Del dentista _____ Fecha _____
Iniciales Del Dentista _____ Fecha _____ Iniciales / Del dentista _____ Fecha _____

*** Por favor rellene las preguntas médicas en la espalda ***

(spanishopyofwebpagenewpatientforms.docx)

MUJERES: ¿Está embarazada? Sí No. **En caso afirmativo, ¿qué Trimestre (o semanas) ___ Nombre de OB / GYN _____**
Nombre del médico # _____ ¿Está tomando píldoras anticonceptivas o la medicación hormonal? Sí No.

Marcar Sí No para cada condición

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangría Abdominal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Adicción Drogas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupia, Lobanillo | Reacciones Alérgicas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Abuso De Alcohol | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo En El Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia (Convulsions) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos hechizos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas Psiquiátricos | Sí/No Dental Anestésico |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ampollas Febriles | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Radioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis | Sí/No Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyería |
| Sí/No Artificial Corazón Válvula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Látex |
| Sí/No Articulación artificial (rodilla, cadera u hombro, etc) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque Al Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Metales |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo Cardíaco | Sí/No Enfermedad De Células Falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina/Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad Autoinmune | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugía De Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sinusitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión De Sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Stroke | Sí/No Tópico Anestésico |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia Oncológica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas De Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia Oncológica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta Presión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Llagas en la Boca | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto De Corazón Congénito | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas De Riñón | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión Arterial Baja | Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad Venereal (Sífilis, Gonorrea) | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad Para Respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ictericia Amarilla | | |

- ¿Está actualmente tomando **cualquier** droga o medicamento? Sí No En caso afirmativo, indique _____
- ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Sí No En caso afirmativo, ¿para qué? _____
- ¿Toma suplementos de hierbas o vitaminas? Sí No En caso afirmativo, nombrarlos _____
- ¿Tiene **alguna** enfermedad o condición que no figuran ni nada acerca de su problema de salud que no hemos cubierto? Sí No En caso afirmativo, indique _____
- ¿Alguna vez ha habido alguna complicación o enfermedad después del tratamiento dental? Sí No En caso afirmativo, explique _____
- ¿Tiene antecedentes de desmayos? Sí No En caso afirmativo, explique _____
- ¿Utiliza el tabaco? Sí No En caso afirmativo, ¿qué tipo y cuántas veces al día y por cuántos años. _____
- Fecha del último examen dental _____ se tomaron radiografías? Sí No
- Se limpiaron los dientes? Sí No
- ¿Alguna vez ha tratado para la enfermedad de las encías? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué año? _____
- ¿Es usted aprieta o rechina los dientes? Sí No En caso afirmativo, ¿sus padres muelen sus dientes _____
- ¿Su mandíbula clic o pop? Sí No En caso afirmativo, ¿duele? _____
- ¿Es usted experimenta dolor o molestia frecuente en los músculos de la cara o alrededor de la oreja? Sí No

Pedimos que todos los pacientes lean nuestra Política Financiera. **El pago de los servicios se debe en el momento se prestan los servicios.** Aceptamos efectivo, cheque, tarjeta de crédito y la financiación aprobada. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago de su tratamiento. Le animamos a comunicar cualquier tipo de problemas para nosotros, así que usted puede ayudar en la gestión de su cuenta. Sin embargo, los saldos de más de 60 días puede estar sujeto a la colocación de recolección y cargos adicionales. Cargo por check retorno es de \$30. Podemos aceptar la asignación de beneficios de seguro. Sin embargo, hay que entender que:

- Los empleados de Cambridge Family Dental no son representantes de su compañía de seguros. No podemos garantizar el pago de su compañía de seguros. Sólo podemos estimar su cobertura de beneficios en base a la información dada a nosotros por su compañía de seguros.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. somos **No** parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros. No podemos intervenir en las disputas entre usted y su compañía de seguros en relación con los deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguros secundaria y cargos "normales y habituales". Nuestra participación se limitará al suministro de información sobre los hechos para facilitar el procesamiento de reclamaciones.
- No todos los servicios están cubiertos por las compañías de seguros. Todos los cargos son su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no paga. **Los deducibles y co-pagos son debidos en el momento del tratamiento.**
- Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de 30 días, es su responsabilidad ponerse en contacto con su aseguradora acelerar el pago. Después de 45 días, es posible que tenga que pagar la cantidad adeudada por su compañía de seguros.
- Yo autorizo el pago de mi compañía de seguros debe hacerse directamente al dentista. Autorizo a esta oficina para dar información médica o dental necesario sobre mí a mi compañía de seguros.

Prótesis fijas o removibles, como prótesis, coronas, puentes o prótesis parciales, se entiende que es un producto que es especialmente adecuado para cada paciente en particular. El importe total contratado para tales servicios, está, por lo tanto, considera que es vencido y exigible cuando se hace la impresión inicial. Como cortesía a usted, nosotros, si es necesario, aceptar el 50% de esta cantidad en el momento de impresión. El saldo debe ser pagado en el momento de estar permanente. **PRÓTESIS deben estar sentados DE MANERA OPORTUNA PARA ASEGURAR LA COMODIDAD Y ajuste apropiado.** Se le cobrará un cargo adicional, si usted deja de tener sus prótesis permanentemente sentados dentro de los 60 días a partir de la fecha de impresión, y la segunda impresión de que debe hacerse.

Una vez más, gracias por elegir Cambridge Family Dental como su proveedor de atención dental. Agradecemos su confianza en nosotros y la oportunidad de servirle

Firma: _____ Y fecha _____

4.8.2015