

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dialisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Reconocimiento y consentimiento

Consentimiento para tratamiento

Doy mi consentimiento para el examen y tratamiento necesario por o bajo el miembro de equipo médico practicante en sitio, en Smiles of Aurora. Esto incluye las radiografías como sea necesario, el uso de anestesia local, analgesia de óxido nitroso y el uso de medicamentos adecuados y materiales para mi tratamiento dental. He leído la información y preguntas verbalmente. Por mi firma abajo, autorizo el tratamiento necesario para mi atención dental.

Iniciales: ____

Autorización de seguros

Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los cargos para servicios dentales no pagados por mi plan dental, a menos que el tratamiento del dentista o clínica dental tiene un acuerdo contractual con mi plan para condonar una parte de los cargos. Autorizo la divulgación de mi información protegida de salud para operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud y el sistema electrónico, papel, fax o transmisión verbal de información protegida de salud a un centro de intercambio, así como, y desde mi (compañía de seguros IES), sus empleados y representantes autorizados. Autorizo la divulgación de mi información medica a mi empleador y personal oficina de mi empleador para procesar mi reclamación al seguro o verificación de cobertura relativos a mi tratamiento dental y recoger sin pagar saldos por los servicios prestados

Iniciales: ____

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido notificación de prácticas de la práctica de privacidad, que describe las maneras en que la práctica puede usar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y otros usos permitidos y descritos y divulgaciones, entiendo que puedo contactar con el oficial de privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el aviso de prácticas de la práctica de privacidad.

Iniciales: ____

Por favor nombre (2) dos personas podemos contactar en caso de emergencia, confirmar citas, compartan otra información con, o pueden hacer los pagos de cuenta:

Nombre: _____ número de teléfono: _____

Nombre: _____ número de teléfono: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o la persona responsable: _____ Fecha _____

Política financiera 2018

En nuestra oficina, nos esforzamos por maximizar sus beneficios de seguro y hacer cualquier saldo restante fácilmente asequibles. Si está cubierto por el seguro, aceptamos la cesión de beneficios de ciertas compañías de seguros muy populares. Esto significa simplemente somos una oficina de PPO y "En red" con varias compañías de seguros dentales. Por favor verifique con nuestro personal para ayudar a determinar una estimación de lo que su desembolso será para todo el tratamiento dado. Le ayudaremos con su elegibilidad de beneficios antes del tratamiento para ayudarle a calcular sus costos y maximizar su seguro. Estamos encantados de presentar las reclamaciones necesarias para ver que usted reciba todos los beneficios de su cobertura; no podemos garantizar ninguna cobertura estimada. En última instancia, usted es responsable de cualquier pago de co o porciones de paciente en el momento del servicio. Vamos a ser sensibles a sus circunstancias financieras y todo lo posible para ayudarle a alcanzar sus metas de salud bucal.

Aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, cheque, Visa y MasterCard. Además, ofrecemos CareCredit, un programa de pago paciente ofreciendo un rango completo de sin interés y planes de pago extendida por gastos de tratamiento de \$200 y para arriba.

Pago de servicios es debido al tiempo que se prestan los servicios a menos que se han hecho arreglos previos. Controles que son devueltos a la oficina de su institución financiera están sujetas a un cargo por cheque devuelto de \$50,00. Esta cuota cubre los honorarios de procesamiento que se cargan a nuestra oficina. Estaremos encantados de discutir nuestras cargas y cómo se relacionan con su situación. Se devengarían en 1.5% por mes para todas las cuentas de más de 60 días si un plan de pagos formal no es trabajado con nuestro departamento financiero antes del tratamiento realizado. Cuentas vencidas más de 90 días pueden ser enviadas a colecciones. Cargos incurridos para recoger los pagos durante el proceso de colecciones serán facturados y son pagaderos por la parte responsable del paciente.

También nos damos cuenta de que situaciones financieras temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen estos problemas, le recomendamos que contacte nuestra oficina inmediatamente para asistencia en la gestión de su cuenta. Más a menudo, malentendidos financieros pueden manejarse con una llamada telefónica. Por favor no dude en contactar nuestro personal en cualquier momento para discutir cualquier preocupación que tenga. Nuestras cuentas y seguros línea directa del Departamento es 630-844-2641. Gracias por entender nuestra política financiera.

Política de reprogramación de cita

Nuestra se dedica a la atención de calidad y un servicio excepcional. Nuestro equipo y los médicos pasan cantidades extensas de tiempo preparando tu visita. Citas perdidas y rotas crean problemas de programación para nuestro equipo, así como otros pacientes. Si usted encuentra que usted debe cambiar su cita, se requiere un mínimo de 48 horas de para que podamos hacer todo lo posible para dar cabida a otros pacientes. Si no se recibe la notificación correspondiente, se cargará una cuota de \$35.00 después de su primer perdida o reprogramado la cita.

He leído y estoy de acuerdo con la política financiera y política de cancelación de Smiles of Aurora y el personal explicado y respondido todas las preguntas que tengo.

Firma del paciente o la persona responsable: _____ Fecha: _____