



¡Bienvenido!

Su información

Por favor, completa la totalidad del documento

El nombre del paciente: _____ La Fecha: ____/____/____
(Patient's Name) (Date)

Nombre preferido: _____ Hombre Mujer
(Preferred Name) (Male) (Female)

Número de teléfono: _____ Número Celular: _____
(Telephone Number) (Cell Phone)

Correo electrónico: _____
(Email Address)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Cuantos años tiene? _____
(Birth Date) (How old are you?)

Número de seguro social (SSN): _____ - _____ - _____
(Social Security Number)

Su dirección: _____
(Your Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal': _____
(City) (State) (Zip Code)

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____
(Employer) (Work phone number)

Dirección de empleador: _____
(Work Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal': _____
(City) (State) (Zip Code)

¿Si su cuenta está vinculada a un padre, madre, o esposo(a)? ¿Cuál es su nombre? _____
(Is your file attached to a parent or spouse? What is their name?)

¿Quién es su empleador? _____
(Who is their employer?)

Teléfono de trabajo: _____
(Work phone number)

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
(Emergency Contact) (Emergency Contact phone number)

¿Dónde aprendió acerca de nuestra oficina? _____
(Where did you learn about our office?)



Persona responsable

El nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____ Soltero Casado
(The name of the person responsible for this account) (Single) (Married)

¿Qué es su relación con el paciente? _____
(What is their relationship with the patient?)

Número de teléfono: _____ Número Celular: _____
(Telephone Number) (Cell Phone Number)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número de seguridad social: _____ - _____ - _____
(Date of Birth) (Social Security Number)

Dirección: _____
(Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal': _____
(City) (State) (Zip Code)

Número de licencia: _____ Estado: _____
(Drivers license) (State)

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____
(Employer) (Work Phone Number)

'Yo prefiero pagar con...' (I prefer to pay with; Cash, Check, Credit Card, or 'I wish to find out about a payment plan')

Dinero Cheques Tarjeta de crédito Quiero averiguar de los planes de pago

Información de la aseguranza

Nombre del suscriptor: _____ ¿Qué es su relación con el paciente? _____
(Name of the subscriber) (What is their relationship to the patient?)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número de seguro social: _____ - _____ - _____
(Date of Birth) (Social Security Number)

Empleador: _____ Teléfono: _____ Fecha de inicio: ___/___/___
(Employer) (Work Phone Number) (Date Hired)

Dirección: _____
(Work Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal': _____
(City) (State) (Zip Code)

Seguro: _____ Número de grupo: _____ Número de plan: _____
(Insurance Company) (Group No.) (Policy No.)

Dirección: _____
(Insurance Company Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal': _____
(City) (State) (Zip Code)

¿Hay otra aseguranza? Sí No (Si la respuesta es "sí", complete el resto del documento)
(Is there another insurance policy?) (If 'yes', complete the rest of the form)

Nombre del suscriptor: _____ ¿Qué es su relación con el paciente? _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
(Name of the subscriber) (What is their relationship to the patient?) (Date of Birth)

Número de seguridad social: _____ - _____ - _____ Empleador: _____ Teléfono: _____
(Social Security Number) (Employer) (Work Phone Number)

Seguro: _____ Número de grupo: _____ Número de plan: _____
(Insurance Company) (Group No.) (Policy No.)

Dirección: _____
(Insurance Company Address)



Historia de salud

El nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Name) (Date of Birth)

¿Ha ido al dentista en el año pasado? Sí No
(Have you been to a dentist within the last year?)

¿Como se llama tu otro dentista? _____ Teléfono: _____
(What is the name of your other dentist?) (Phone)

¿Tiene que fue al médico recientemente en los últimos cinco años? La Fecha: ____/____/____
(Have you received medical treatment in the last 5 years?)

¿Cuál fue la razón de la visita médica? _____
(For what reason?)

¿Cuáles son los nombres de sus doctores? _____
(What are the names of your doctors?)

1. _____ Teléfono: _____ 2. _____ Teléfono: _____

Por favor marque si ha tenido alguna de estas condiciones:

<i>(En español)</i>	<i>(En inglés)</i>			<i>(En español)</i>	<i>(En inglés)</i>		
Anemia	Anemia	No	Sí	Cáncer	Cancer	No	Sí
Epilepsia	Epilepsy	No	Sí	If yes, which form(s):			
Hepatitis	Hepatitis, any form	No	Sí	Biopsias	Previous Biopsies	No	Sí
Asma	Asthma	No	Sí	De curación lenta lesiones en la boca	Slow-Healing Mouth Sores	No	Sí
VIH o SIDA	HIV Positive / AIDS	No	Sí	Otras infecciones	Other Infections	No	Sí
Enfisema o una enfermedad diferente de respiración	Emphysema / other Respiratory Illness	No	Sí	Enfermedades recurente	Recurrent Illness	No	Sí
Enfermedad del corazón	Abnormal Heart Condition	No	Sí	Enfermedad del hígado (incluyendo ictericia)	Liver Disease (including Jaundice)	No	Sí
Enfermedad renal	Kidney Disease	No	Sí	Reemplazo de articulaciones	Joint Replacement	No	Sí
Psicosis	Psychosis	No	Sí	¿Qué articulación?			
Cirugía de corazón o ataque del corazón	Heart Attack, Heart Disease, or Heart Surgery	No	Sí	¿Cuándo? ____/____/____			
¿Cuándo? ____/____/____				Sangrado anormal de un corte	Abnormal bleeding from cut	No	Sí
Enfermedades venéreas	Venereal Disease	No	Sí	Pérdida o aumento de peso involuntaria	Unintentional weight loss/ gain	No	Sí
Diabetes	Diabetes	No	Sí	La alergia al látex	Latex Sensitivity	No	Sí
Hemofilia	Hemophilia	No	Sí	El glaucoma	Glaucoma	No	Sí
Hipertensión	Hypertension	No	Sí	El uso de drogas ilegales	Illegal Drug Use	No	Sí

¿Es necesario tomar antibióticos antes del tratamiento dental?
(Do you need antibiotics before dental treatment?)

¿Alguna vez ha utilizado un medicamento bisfosfonato (para cáncer de hueso)? Sí No
(Do you take Bisphosphonate medication?)

¿Estás embarazada? ¿Está amamantando su bebé? Sí No ¿Cuál es la fecha de nacimiento esperada? ____/____/____
(Are you pregnant or breastfeeding? What is the baby's birthdate or expected delivery date?)

¿Fuma o usa tabaco? Sí No
(Do you smoke or use tobacco?)

¿A qué medicamentos tiene alergia? _____
(What medications are you allergic to?)

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando: _____
(List any medications you are taking)

Esta información es correcta y completa
(This information is correct and complete)



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Permito que el personal de SCFD a revelar específica información de salud y dental con respecto:
(I allow the staff of SCFD to disclose specific health and dental information regarding)

(Nombre del paciente)

a: _____

a los efectos de la planificación, el diagnóstico, el tratamiento que recibe, y el pago, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

(for the purpose of scheduling, diagnosing, receiving treatment, and payment, I specifically authorize the release of the following information)

Tratamiento necesario
(Diagnosis of treatment)

Resolución de la cuenta
(Account resolution)

Planificación de citas
(Scheduling appointments)

He leído y entiendo este acuerdo. También entiendo que la información divulgada por este acuerdo podría ser sujeto a ser revelada a otra persona o personas en el recipiente y ya no estará protegida por la ley federal.

(I have reviewed, and I understand this authorization. I also understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected under federal law)

Firma: _____

La Fecha: _____

Autorización y Liberación

(Authorization and Release)

Permito que el dentista y el personal a dar cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi hijo o yo mismo durante el período de dicha atención dental a los pagadores de terceros y / o practicantes de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a las prestaciones de seguro dental que correspondería pagar a mí. Yo entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que la factura real de servicios. Estoy de acuerdo ser responsable para el pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Firma: _____

La Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**** Usted puede negarse a firmar este reconocimiento****

(You may refuse to sign this acknowledgement)

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina

(I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.)

(Nombre del paciente)

(Firma)

(La Fecha)

Sólo para uso de oficina

(For Office Use Only)

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

Individual refused to sign

Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement.

An emergency prevented us from obtaining acknowledgment.

Other (Please Specify)

Directivas de Tarifa Colección

(Collection Fee Policy)

Usted es financieramente responsable del pago oportuno de su factura pendiente por nuestras políticas de pago. Usted será responsable por cualquier y todos los gastos de recaudación hasta un 50% sobre el importe colocado con la agencia de colección. En el caso de que busquemos acciones legales para la recolección en sus cuentas, usted también será responsable de cualquier y todos los cargos asociados con costas judiciales, embargos y / u honorarios de abogados. Una carga de Finanzas de interés anual del 9 % será cargado mensual sobre cualquier saldo de la cuenta de más de 90 días.

Firma: _____

La Fecha: _____