

Información Del Paciente

Fecha de hoy _____

Nombre: _____

Apellido: _____ Sexo M F

Fecha De Nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Tel De Casa: _____ Cell: _____

Dirección Electronica: _____

Empleador: _____

Empleador Tel: _____ Años emp: _____

Ocupación: _____

¿a quién le agradecemos que le haya referido? _____

¿Otros miembros de la familia vistos por nosotros? _____

Información del cónyuge

Nombre: _____

Dirección si es diferente de arriba: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Tel De Casa: _____ Cell: _____

Fecha De Nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____

Empleador Tel: _____

Persona Responsable

¿Es usted responsable de la cuenta? Yes No

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Dirección de facturación si difiere de la anterior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Relación a paciente: _____

El Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Número Telefónico: _____

Información del seguro

Seguro primario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Número de grupo de seguros: _____

Número de póliza de seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

SSN del suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____

Seguro secundario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Número de grupo de seguros: _____

Número de póliza de seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

SSN del suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____

Historial Dental

Última visita dental: _____

Última limpieza dental: _____

¿Necesitas pre-medicina antes del tratamiento dental? Sí No

¿Llevas dentaduras postizas o parciales? Sí No

¿Hay algo en tu sonrisa que cambiarías? Sí No

¿Roncas o tienes apnea del sueño? Sí No

¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Muelas o aprietas los dientes? Sí No

¿Alguna vez ha tenido dolor en la mandíbula, en la cara o alrededor de la oreja? Sí No

¿Tienes dolores de cabeza frecuentes? Sí No

¿Su articulación de la mandíbula hace clic o revienta? Sí No

¿Tiene dificultades para abrir ampliamente? Sí No

¿Tienes un olor o sabor desagradable en la boca? Sí No

¿Tienes un olor o sabor desagradable en la boca? Sí No

¿Tienes un olor o sabor desagradable en la boca? Sí No

Historia dental (continuación)

¿Te sangran las encías cuando te cepillas? Sí No
¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad de las encías? Sí No
¿Es tu boca sensible a la presión? Sí No
 ¿fría? Sí No ¿Caliente? Sí No
¿Se atrapa la comida entre tus dientes? Sí No
¿Tiene dificultad para adormecerse para un tratamiento dental? Sí No
Agregue cualquier otra cosa que considere importante para que el médico sepa: _____

Acuerdo financiero

Reconozco que el pago se debe en su totalidad al momento del tratamiento, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Iniciales

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también soy responsable de pagar los copagos y deducibles que mi seguro no cubre.

Iniciales

Reconocimiento de seguros

Su proveedor de seguro dental puede cambiar los códigos dentales, degradar o pagar una opción de tratamiento alternativa. Si esto sucede, entonces según el estado de Nebraska LB 180: 44-7,105, se anulará cualquier acuerdo contractual con esta oficina o cualquier otra oficina dental. Usted será responsable de la diferencia de nuestra tarifa menos el monto que paga el seguro.

Iniciales

Política de cancelación / no show

Cuando nuestra oficina reserve su cita, estamos reservando una silla y un horario dedicados exclusivamente para usted. Solo le pedimos que, si tiene que reprogramar su cita, nos envíe un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible otorgar su espacio de tiempo reservado a otro paciente que estaría más que feliz de aceptar.
Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$ 50.00 por cancelaciones tardías o citas perdidas. Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras.

Iniciales

Autorización de tratamiento

Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado.

Iniciales

Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que recibí o me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stec Cosmetic and Family Dentistry, LLC.

Firma

Fecha

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma

Fecha