

# Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

Bel Drive Dental ahora puede confirmar citas por correo electrónico o texto. Por favor marque su preferencia:

Correo Electrónico  Texto  Teléfono de Casa  Teléfono Móvil

Estas dispuesto a recibir mensajes electrónico comercial? Si  No



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Mujer  Hombre

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Numero de Segura Social \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Si eres estudiante de tiempo completo, nombre de la escuela/universidad \_\_\_\_\_

Ciudad de la escuela/universidad \_\_\_\_\_ Estado de Escuela/Universidad \_\_\_\_\_

Empleador de Paciente o Padres/Guardian \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de Pareja o Padres/Guardian \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable (SI ES EL MISMO QUE EL PACIENTE, POR FAVOR SIGA A LA SIGUIENTE SECCIÓN)

Nombre de la persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

Numero de seguro social/ ID \_\_\_\_\_ Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Telefono Móvil \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_ Numero de Segura Social/ID \_\_\_\_\_

## Información de Seguro (SI YA NOS ENVIASTE TUS TARGETAS DE SEGURO DENTAL SIGUE A LA SIGUIENTE SECCIÓN)

### SEGURO PRIMARIO

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social o ID \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Compania de Seguros \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Numero de Póliza \_\_\_\_\_

### SEGURO SECUNDARIA

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social o ID \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Compania de Seguros \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Numero de Póliza \_\_\_\_\_

## Historial Médico del Paciente

Nombre del dentista y ubicación anterior \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen \_\_\_\_\_

1. Alguna vez ha sido diagnosticado con la enfermedad peridontal? \_\_\_\_\_
2. Como calificara su sonrisa en una escala del 1 a 10? \_\_\_\_\_
3. Que cambios esta dispuesto a hace para mejorar su sonrisa? \_\_\_\_\_

# Historial Medico del Paciente

Medico Primario \_\_\_\_\_ Numero de Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Examen \_\_\_\_\_

1. ¿Está bajo tratamiento médico en este momento?.....  Si  No

2. ¿Has sido hospitalizado(a) en los últimos 5 años por una enfermedad seria o una cirugía?.....  Si  No

Si su respuesta es si, entonces por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Esta tomando algun medicamento ( s ), incluyendo medicamentos sin receta? .....  Si  No

Si su respuesta es si, que medicamento (s) esta tomando?

\_\_\_\_\_

## 4. Pre Medicina

¿Necesita o le ha recomendado su médico un antibiótico premedicado antes del tratamiento dental?

En caso que digan sí a la pregunta, tiene alguno de los siguientes?

Válvula de corazón artificial \_\_\_ Endocarditis infecciosa \_\_\_  
Defecto cardiaco congenito \_\_\_ Transplante de organos \_\_\_

5. Es usted alérgico o ha tenido una reacción a las siguientes? Si No

- Los anestésicos locales.....  Si  No
- Penicilina o cualquier otro antibiótico.....  Si  No
- Droga sulfa.....  Si  No
- Codeína.....  Si  No
- Narcóticos.....  Si  No
- Acrílicos.....  Si  No
- Alimentos (por ejemplo, leche, cacahuates, nueces, etc).....  Si  No
- Aspirina.....  Si  No
- Cualquier metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.).....  Si  No
- Látex.....  Si  No
- Otros: \_\_\_\_\_

6. Dormir Si No

- ¿Le han dicho o sabe que ronca?.....  Si  No
- ¿Tiene dificultades para dormir?.....  Si  No
- ¿Aprietos o rechinas los dientes?.....  Si  No
- ¿Tienes apnea del sueño?.....  Si  No

7. ¿Utiliza el Tabaco?.....  Si  No

8. ¿Utiliza sustancias controladas?.....  Si  No

9. ¿Toma algún anticoagulante?.....  Si  No

## Requiere Firmante

Certifico que las preguntas anteriores han sido respondidas correctamente.  
Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

10. Está tomando algún medicamento para fortalecer los huesos (bifosfonatos)?.....  Si  No

11. Tiene tos persistente o carraspeo no asociado con una enfermedad conocida (que ha durado más de 3 semanas)?.....  Si  No

12. Tiene alguna necesidad/requisito especial que debamos tener en cuenta para poder acomodarlo mejor (desorden del espectro autista/trastorno del procesamiento sensorial, ansiedad)? \_\_\_\_\_

13. Tiene alguno de los siguientes?

- |                           | Si                       | No                       |                                   | Si                       | No                       |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sida o infección VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes/Herpes labial....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión Alta.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo de la articulación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñon...           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| clase: _____              |                          |                          | Leucemia.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos/               |                          |                          | Enfermedad del hígado.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desfibrilador cardiaco... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial baja.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deterioro cognitivo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radioterapia .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| clase: _____              |                          |                          | Convulsiones.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mas reciente A1C: _____   |                          |                          | Derrame cerebral.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema/epoc.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha: _____                      |                          |                          |
| Epilepsia. ....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de tiroides.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acidez.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____                       |                          |                          |
| Fecha: _____              |                          |                          | _____                             |                          |                          |
| Enfermedad del Corazon... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |

14. Solo Mujeres:

a.) ¿Está embarazada o cree que puede estarlo? en caso afirmativo fecha: \_\_\_\_\_

b.) ¿Esta amamantando? Si  No

c.) ¿Está tomando anticonceptivos orales? Si  No



Nuestra misión en Beí Drive Dental es ahorrarle a nuestros pacientes dolor, tiempo y dinero.

Antes de empezar cualquier tratamiento hablaremos con usted de las opciones que tiene, tanto financieras como de tratamiento para que no tenga sorpresas.

Su porción de pago es requerida el día que se le realice el tratamiento, aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, MasterCard, Visa, Discover y Care Credit.

Care credit es disponible en nuestra oficina y ofrece extendidos planes de pago con una pre-aprobación de credito.

Pacientes de emergencia sin aseguranza, que son nuevos a nuestra oficina son requeridos a pagar el costo total de la visita al registrarse.

La aseguranza Dental es un contrato entre usted y su empleador, la cobertura varia altamente dependiendo el plan que tenga. Nuestra clinica solo recomienda tratamiento de acuerdo a nuestros estandar de cuidado. Muy aparte de si tiene cobertura dental o no. CUALQUIER BALANCE QUE SU ASEGURANZA DENTAL NO CUBRA ES SU RESPONSABILIDAD.

Nosotros enviaremos todos los costos de su visita a su aseguranza como una cortesía hacia usted. Si su aseguranza paga una cantidad diferente a lo que nosotros teniamos calculado por ejemplo, si usted pago de mas, nosotros le devolveremos su dinero, o si pago menos necesitamos que pague el balance dentro de los 30 dias que se le mando la primera factura.

Tiempo para su cita es reservado exclusivamente para usted y para beneficiarlo a usted nuestro apreciado paciente. Talvez lo llamemos para ofrecerle mover su cita si algo sale disponible antes de su cita planeada. Tambien nuestra clinica require que nos avise 24 horas antes de su cita si no va a poder asistir, ya que se le puede cobrar por citas perdidas o canceladas en menos de 24 horas. Si el paciente pierde 3 citas desafortunadamente ya no le podremos hacer citas, lo tendremos que poner en nuestra lista de citas para el mismo dia.

En caso de padres separados o divorciados de menores de edad, el padre que acompañe al menor el dia de la cita sera responsable de pagar la porción de la cita el dia que se le realizo el servicio.

Eh leído y entiendo la poliza financiera.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Politica Financiera

Nuestra misión en Bel Drive Dental es ahorrarles dolor, tiempo y dinero a los pacientes. Antes de realizar cualquier trabajo, discutiremos el tratamiento y las opciones financieras para que no haya sorpresas.

**El pago de la parte estimada de los honorarios se requiere el día en que se prestan los servicios.** Aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, Mastercard, Visa, Discover, Cherry y Care Credit. Si se devuelve un cheque personal por fondos insuficientes (NSF), es posible que se le cobre una tarifa de cobro de un tercero. También deberá pagar en efectivo o con tarjeta de crédito para futuras visitas.

Cherry y Care Credit están disponibles en nuestra oficina y proporcionan planes de pago extendido con aprobación previa de crédito.

Los clientes de emergencia sin seguro, que son nuevos en nuestra oficina, deben esperar pagar su parte, en su totalidad, al momento de la cita.

Nuestro Plan de Ahorro Dental, una alternativa al seguro dental, está diseñado para ahorrarle dolor, tiempo y dinero. Es una excelente manera de obtener la atención que necesita con los ahorros que desea. Pregunte a nuestro equipo para obtener más información hoy.

El seguro dental es un contrato entre el grupo/plan y el paciente. El alcance de la cobertura varía mucho entre los planes y, a veces, incluso dentro de un solo plan. Solo recomendamos el tratamiento de acuerdo con nuestro estándar de atención, independientemente de la cobertura del seguro. **CUALQUIER SALDO NO CUBIERTO POR SU SEGURO DENTAL ES SU RESPONSABILIDAD.** Tenga en cuenta que la parte que paga en la fecha de su servicio es solo una estimación y puede cambiar según la cobertura del seguro. Presentaremos su reclamo de seguro como una cortesía hacia usted. Si su seguro paga de manera diferente a nuestra estimación, le reembolsaremos o el resto vencerá dentro de los 15 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta.

En el caso de que tenga un saldo restante sin pagar después de pagar todo el seguro, intentaremos comunicarnos con usted para cobrarlo. En caso de que no tengamos éxito, podemos enviar su cuenta a una agencia de cobro. Tras la colocación, agregaremos una tarifa mínima del 24% al saldo total para cubrir el costo de las tarifas de cobro, los costos de litigio y cualquier otra tarifa adicional que pueda ocurrir.

Las citas están reservadas exclusivamente para usted. Algunas citas pueden requerir un depósito para mantener su reserva. Su depósito se aplicará a su porción estimada de paciente, si se completa según lo programado. La clínica requiere un aviso de al menos un (1) día hábil si el paciente no puede asistir a la hora de la cita reservada. Intentaremos comunicarnos con usted antes de su cita para confirmar su reserva. Si una cita no se confirma dentro de un día hábil de la cita, la cita puede cancelarse o reprogramarse. **Es posible que se le cobre por citas perdidas o cancelaciones con menos de 1 día hábil de anticipación. Si un paciente "no se presenta" o una cita se "cancela a corto aviso cancelado" para tres citas, lo moveremos a una lista de programación solo para el mismo día.** Como un beneficio para usted, nuestro valioso paciente, podemos ofrecerle mover su cita a una hora anterior si surge una vacante.

En el caso de padres separados o divorciados de menores de edad, que son responsables de una parte del costo del tratamiento del niño(s): El padre que trae al niño a la cita es responsable de pagar la parte del paciente el día del servicio.

He leído y comprendo esta política financiera y cancelación.

Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_