

¡BIENVENIDO!

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Sexo ☐ M ☐ F Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____ Teléfono Residencial _____
Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____ Profesión _____
Contacto de Emergencia _____ Parentesco _____ Número Telefónico _____
Si es menor de edad, por favor indique el Nombre del Padre/Tutor Legal _____ Número de Seguro Social del Padre/Tutor Legal: _____
Empleador Padre/Tutor Legal _____ Teléfono del Padre/Tutor Legal _____
Nombre de la Farmacia _____ Dirección de la Farmacia _____
¿Motivo de la consulta de hoy? _____
¿Cómo se enteró de nuestros servicios? ☐ Internet/En línea ☐ Lo vi al pasar ☐ Familiar/Amigo ☐ Seguro Evento ☐ Escolar Redes ☐ Sociales ☐ Correo publicitario

2. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (*Proveedor Principal*)

Compañía de seguros _____ # de Grupo _____
Tel. del seguro (proveedores) _____
(reverso de la tarjeta)
ID del suscriptor/miembro _____
Nombre completo del suscriptor _____
FDN del titular del suscriptor _____
Relación del paciente con el suscriptor _____

3. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (*Proveedor Secundario*)

Compañía de seguros _____ # de Grupo _____
Tel. del seguro (proveedores) _____
(reverso de la tarjeta)
ID del suscriptor/miembro _____
Nombre completo del suscriptor _____
FDN del titular del suscriptor _____
Relación del paciente con el suscriptor _____

4. POLÍTICA FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención dental para ayudarlo a alcanzar una salud bucal óptima. A continuación, se presenta nuestra política financiera, la cual le pedimos que lea, acepte y firme antes de iniciar cualquier tratamiento. El pago vence al momento de recibir el servicio. En nuestra oficina aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que ofrecemos.

☐ **Por favor, marque si desea obtener más información sobre las opciones de financiamiento.**

Si tienes seguro

- Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención dental, nuestra relación es directamente con usted, nuestro paciente, y no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.
- Como cortesía, le ayudaremos a tramitar todas sus reclamaciones de seguro. Tenga en cuenta que le proporcionaremos una estimación de los beneficios de su seguro; sin embargo, esto no garantiza que su compañía de seguros pagará exactamente la cantidad estimada. La compañía de seguros y los beneficios de su plan determinarán la cantidad que se pagará. Por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que la estimación sea lo más precisa posible. Si la compañía de seguros no ha efectuado el pago dentro de los 60 días, le solicitaremos que se comuniquen con ella para asegurarse de que el pago está previsto. Si no se recibe el pago o si se

niega su reclamación, usted será responsable de pagar el saldo total pendiente en ese momento

- Le solicitamos que firme este formulario y/o cualquier otro documento necesario que "la compañía de seguro pueda necesitar. Este formulario autoriza a su compañía de seguros a realizar los pagos directamente a nuestra oficina.
- Le solicitamos que pague cualquier deducible y/o copago (costos estimados no cubiertos por su seguro y requeridos por su compañía de seguros) con efectivo, cheque, tarjeta de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que ofrecemos.
- Cooperaremos plenamente con las normas y solicitudes de su compañía de seguros que puedan contribuir a que se pague la reclamación. Sin embargo, nuestra oficina no participará en disputas con su compañía de seguros relacionadas con ninguna reclamación.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones descritos anteriormente. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a esta oficina dental los beneficios correspondientes a mi cobertura dental. Entiendo que soy, en última instancia, responsable del pago de todos los servicios dentales proporcionados a mí o a mis dependientes en esta oficina. El pago deberá efectuarse en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan establecido previamente acuerdos financieros. Asimismo, entiendo que se podrán aplicar cargos por financiamiento, refacturación, gestión de cobro y/o honorarios de abogados a cualquier saldo vencido. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En caso de que nuestra oficina deba contratar los servicios de una agencia de cobranza y/o asistencia legal para la recuperación de saldos pendientes, el paciente o garante será responsable de todos los gastos de cobranza y honorarios legales correspondientes.

También autorizo a mi consultorio dental a comunicarse conmigo a cualquier número de teléfono que proporcione al consultorio, incluyendo por llamada telefónica o mensaje de texto, con respecto a mi atención dental, citas, facturación, cuenta, ofertas promocionales u otras operaciones de atención médica permitidas por la ley. Entiendo que la información que envío a mi consultorio dental por mensaje de texto puede no ser segura y puede implicar riesgos para mi privacidad.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

5. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFORME A LA HIPAA

Entiendo que mi hijo(a) tiene ciertos derechos de privacidad con respecto a su información médica. Estos derechos me son otorgados en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Entiendo que, al firmar este consentimiento, autorizo a esta oficina a usar y divulgar información médica protegida y información personal de mi hijo(a) con el fin de llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto proporcionado por otros proveedores de atención médica que participen en dicho tratamiento).
- Obtención de pagos de terceros, como compañías de seguros.
- Las operaciones diarias de este consultorio dental.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre la forma en que la información médica protegida de mi hijo(a) se utiliza y divulga para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica; sin embargo, este consultorio no está obligado a aceptar dichas restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Cualquier uso o divulgación de información realizado antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectado.

Al firmar a continuación, acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP), ya sea en formato digital o en la oficina. Entiendo además que puedo consultarlo en cualquier momento escaneando el código QR disponible en la recepción o visitando el sitio web del consultorio. También puedo solicitar una copia impresa en cualquier momento.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

En fecha _____ el paciente se negó a firmar el acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP).

Fecha

Firma del empleado

6. HISTORIAL DENTAL Marque con una (X) cualquiera de las siguientes condiciones que correspondan a su caso

Nombre del paciente:
(en letra imprenta)

Apariencia

- ☐ Dientes descoloridos
- ☐ Dientes planos o desgastados
- ☐ Dientes desalineados
- ☐ Dientes torcidos
- ☐ Dientes apiñados
- ☐ Espacios o dientes faltantes
- ☐ Mordida profunda

Dolor/Molestias

- ☐ Sensibilidad (calor, frío, dulces)
- ☐ Presión o dolor al masticar
- ☐ Dientes o restauraciones fracturados
- ☐ Boca seca
- ☐ Otro: _____

Función

- ☐ Rechinar o apretar
- ☐ Dolores de cabeza por la mañana
- ☐ Dolor en la ATM
- ☐ Chasquidos o crujidos en la ATM
- ☐ Impedimento del habla
- ☐ Respiración por la boca
- ☐ Dolor muscular (cabeza, cuello)
- ☐ Dificultad para abrir o cerrar la boca
- ☐ Dificultad para masticar de cualquier lado

Salud periodontal (encías)

- ☐ Encías con sangrado, inflamadas o irritadas
- ☐ Mal aliento
- ☐ Dientes flojos, separados o que se mueven
- ☐ Antecedentes de enfermedad periodontal/de las encías

Patrones o Trastornos del Sueño

- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Ronquidos
- Hábitos**
- ☐ Chuparse el dedo
- ☐ Morderse las uñas
- ☐ Morderse las mejillas o los labios
- ☐ Masticar hielo u objetos extraños

Consumo frecuente/diario

- ☐ Refrescos/té dulce
- ☐ Café con crema/azúcar
- ☐ Bebidas deportivas/energéticas
- ☐ Dulces/golosinas
- ☐ Dieta alta en carbohidratos

Hábitos Sociales

- Uso de tabaco sin humo ☐Sí ☐No
- Cigarrillos ☐Sí ☐No
- Si sí, _____ paquetes/día
- Vapeo ☐Sí ☐No
- Si sí, frecuencia _____
- Alcohol: frecuencia _____
- Drogas: frecuencia _____

Opciones Previas de Sedación

- ☐ Óxido nitroso
- ☐ Sedación oral (pastilla)
- ☐ Sedación intravenosa (IV)

Por favor, indique las siguientes fechas: Su última visita dental _____ Su última limpieza dental _____

¿Qué es lo más importante para usted acerca de su visita dental de hoy? _____

En una escala del 1 al 10, siendo el 10 la calificación más alta:

Ansiedad dental 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Satisfecho(a) con su sonrisa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué es lo que le gustaría cambiar sobre su sonrisa?

- ☐ Color ☐ Mordida ☐ Dientes torcidos o astillados ☐ Espacios ☐ Amontonamiento
- ☐ Cambio de imagen de su sonrisa ☐ Dientes que faltan ☐ Dientes más blancos
- ☐ Dientes sensibles al calor, frío, dulces o a la presión ☐ Otros _____

7. HISTORIAL MÉDICO Marque con una (X) su respuesta para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones

Alergias Médicas

- ☐ Antibióticos
(Penicilina/Amoxicilina/Cindamicina)
- ☐ Opioides
(Percocet, Oxycodona, Tylenol 3)
- ☐ Látex
- ☐ Anestésicos locales
- ☐ AINEs (NSAIDs)

Otras alergias/comentarios

Cardiovascular

- ☐ Angina (dolor de pecho)
- ☐ Enfermedades cardíacas
- ☐ Cirugía cardíaca
- ☐ Presión arterial alta/baja
- ☐ Marcapasos
- ☐ Accidente cerebrovascular

Respiratorio

- ☐ Asma
- ☐ Enfisema/EPOC
- ☐ Problemas respiratorios
- ☐ Problemas de los senos paranasales
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Tuberculosis

Endocrinología

- ☐ Diabetes
- ☐ Hepatitis A/B/C
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Enfermedad tiroidea

Gastrointestinal

- ☐ Reflujo
- ☐ Enfermedad gastrointestinal

Hematológico/Linfático

- ☐ Anemia
- ☐ Trastornos sanguíneos
- ☐ Moretones fáciles
- ☐ Sangrado excesivo

Neurológico

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Mareos/desmayos
- ☐ Adicción a drogas o alcohol
- ☐ Convulsiones
- ☐ Enfermedad psiquiátrica

Esquelético

- ☐ Articulación artificial

Artritis

- ☐ Osteoporosis
- ☐ Enfermedad ósea
- ☐ Lesión en la cabeza, cuello o rostro

Infecciones Virales

- ☐ SIDA (AIDS)
- ☐ VIH positivo
- ☐ VPH (HPV)
- ☐ Herpes labial

Cáncer

- Tipo _____
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Radioterapia

Mujeres

- ☐ Actualmente embarazada
- Fecha probable de parto _____
- ☐ Lactando

¿Está bajo el cuidado de un médico? En caso afirmativo, explique: _____

Nombre completo del médico: _____ Teléfono: _____

¿Ha padecido alguna enfermedad grave, se ha sometido a una cirugía o ha sido hospitalizado(a)? En caso afirmativo, explique: _____

Por favor, marque si ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- ☐ Válvula cardíaca artificial ☐ Endocarditis infecciosa previa ☐ Válvulas cardíacas dañadas después de un trasplante de corazón
- ☐ Cardiopatía congénita cianótica no reparada ☐ Cardiopatía congénita reparada con defectos residuales

Lista actual de medicamentos _____

¿Actualmente toma un medicamento GLP-1? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, ¿cómo lo toma? ☐ Inyección ☐ Oral (pastilla/tableta) ☐ Otro _____

¿Ha tomado anteriormente o está tomando actualmente algún medicamento para la osteopenia, la osteoporosis o alguna enfermedad ósea? En caso afirmativo, indique los medicamentos: _____

¿Está tomando algún anticoagulante? En caso afirmativo, indique cuál(es): _____

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y completa según mi mejor entendimiento. Entiendo que proporcionar información inexacta o incompleta puede afectar mi atención dental. Asimismo, me comprometo a notificar a esta oficina cualquier cambio en mi historial médico, medicamentos o estado de salud.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Nombre en letra imprenta

Fecha

Firma del Dentista o Higienista Dental

Fecha