



DENTAL
OF CHESTERFIELD

BIENVENIDO/A A NUESTRA OFICINA DENTAL. Le agradecemos por darnos la confianza para su cuidado dental. Por favor llene la información a continuación para poder servirle mejor!

Información del paciente

Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ SS# _____

Email _____ Cel (____) _____ Trabajo (____) _____

Sex Feminina Masculino Estado civil _____

Estado estudiantil: Tiempo completo Medio tiempo Nombre de escuela _____

Nombre de empresa/trabajo _____ Profesión _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre de farmacia _____ Tel (____) _____

Contacto de emergencia _____ Tel (____) _____

Información de Padre o Representante Legal (solo llene si el paciente es menor de edad)

Nombre _____ Apellido _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ SS# _____

Email _____ Cel (____) _____ Trabajo (____) _____

Sex Feminina Masculino Estado civil _____

Estado estudiantil: Tiempo completo Medio tiempo Nombre de escuela _____

Nombre de empresa/trabajo _____ Profesión _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre de farmacia _____ Tel (____) _____

Contacto de emergencia _____ Tel (____) _____

Compania de Seguro _____ ID# _____ Tel (____) _____

- ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No If Si, _____
- ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Sí No If Si, _____
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No If Si, _____
- ¿Está tomando algún medicamento, pildora o droga? Sí No If Si, _____
- ¿Estás en una dieta especial? Sí No If Si, _____
- ¿Usas tabaco? Sí No If Si, _____
- ¿Está usted en un régimen de aspirina? Sí No If Si, _____
- ¿Es necesario estar premedicado? Sí No If Si, _____

Mujeres:

- ¿Embarazada / tratando de quedar embarazada? Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos orales?

?Alergia a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Medicamentos de sulfa Anestésicos locales
- otra _____

¿Ha tenido o tiene usted alguna de las siguientes?

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|-------------------------------|---|
| SIDA / VIH positiva | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Epilepsia o Convulsiones | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Leucemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| enfermedad de alzheimer | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sangrado excesivo | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión arterial baja | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sed excesiva | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Angina de pecho | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Desmayos/Mareos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Artritis / Gota | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | dolores de cabeza | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Atención mental/psiquiátrica | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Válvula de corazón artificial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tos frecuente | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Articulación Artificial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Glaucoma | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tratamientos de radiación | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Asma | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre del heno | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diálisis renal | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de la sangre | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis A | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre reumática | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis B or C | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reumatismo | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Problemas respiratorios | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hemofilia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Escarlatina | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Moretones frecuentes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problema sinusal | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cáncer | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Alta presión sanguínea | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Carrera | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Chemotherapy | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Colesterol alto | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tuberculosis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Urticaria o sarpullido | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tumors or Growths | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| herpes labial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hipoglucemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Osteoporosis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Infarto de miocardio | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolor de mandíbula | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Medicina de cortisona | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Soplo cardíaco | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Úlceras | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Diabetes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |
| Drogadicción | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Marcapasos cardíaco | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |
| Ahogamiento frecuente | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ritmo cardíaco irregular | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |
| Enfisema | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de riñon | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

- ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No If Si, _____

Es de mi entendimiento, las preguntas de este formulario, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor:

X _____ fecha _____



Financiamiento y Divulgación de HIPPA

Por favor entienda que su plan de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador, y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte del mencionado contrato. Usted es responsable de monitorear su propia póliza de seguro. Como cortesía tramitaremos sus reclamos al seguro, sin embargo, el pago final es decidido por su compañía de seguro. Por favor háganos saber acerca de cualquier cambio en su póliza. Si el pago no es recibido por su compañía de seguro en un periodo de tiempo de 35 días hábiles, usted será el responsable de esa deuda. Un honorario o fee de 5% será agregado a su deuda después de 21 días hábiles a partir de un primer aviso por escrito. Si su deuda se va a colección, usted será el responsable de cualquier honorario o fee agregado por esa institución. YO AUTORIZO EL PAGO A TRAVÉZ DE MI COMPAÑÍA DE SEGURO DIRECTAMENTE A LA DRA. CRYSTAL JOYCE DE BLOOM DENTAL OF CHESTERFIELD.

PARA EL BENEFICIO DE NUESTROS PACIENTES Y NUESTRO HORARIO, REQUERIMOS UNA NOTIFICACIÓN DE 48 HORAS PARA CANCELAR O CAMBIAR SU CITA DENTAL; POR LO CONTRARIO, EL FALTAR A SU CITA SIN PREVIO AVISO RESULTARA EN UN CARGO DE \$100.00.

CONSENTIMIENTO DE HIPPA, al firmar esta forma usted es consciente de nuestro uso y divulgación de su información personal para llevar cabo su tratamiento dental de acuerdo con la sección 32.1-45.1 del código de Virginia. Por favor entienda que usted tiene el derecho de revocar este consentimiento. Sin embargo, podemos declinar atenderlo si usted revoca este consentimiento informado.

Yo entiendo que al firmar este formulario doy consentimiento de usar mi información personal para presentar los reclamos a mi seguro dental a mi nombre. Yo cumpliré las condiciones explicadas previamente en la parte de divulgación financiera.

Firma del Paciente/Representante:

Fecha:



SEGURO Y LO QUE NECESITAS SABER:

COMO CORTESÍA A NUESTROS PACIENTES, BLOOM DENTAL REALIZARA EL RECLAMO A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS EN SU NOMBRE. SOMOS UN PROVEEDOR PREFERIDO CON MUCHAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS. DESAFORTUNADAMENTE, ALGUNAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SIMPLEMENTE NO PAGAN A LOS PROVEEDORES DENTALES LO SUFICIENTE COMO PARA CUBRIR EL COSTO DE LOS MATERIALES Y LA MANO DE OBRA DE LOS PROCEDIMIENTOS.

EL SEGURO DENTAL GENERALMENTE COMPENSA EL COSTO DEL TRATAMIENTO, PERO NO LO PAGA POR COMPLETO. POR ESO ES TAN IMPORTANTE PARA USTED QUE "CONOZCA SU PLAN DENTAL".

HACEMOS TODO LO POSIBLE PARA ESTIMAR SU COSTO DE BOLSILLO O COPAGO ANTES DE QUE SALGA DE NUESTRA OFICINA. POR FAVOR, RECUERDE QUE HAY DOCENAS DE PLANES QUE SU EMPLEADOR PU EDE COMPRAR. ES PRACTICAMENTE IMPOSIBLE CONOCER TODOS LOS DETALLES DE SU PLAN, POR LO TANTO, LE RECOMENDAMOS QUE "CONOZCA SU PLAN DENTAL".

EN BLOOM DENTAL OFRECEMOS TRATAMIENTO BASADO EN LO QUE USTED NECESITA, NO EN LO QUE CUBRE SU SEGURO. MUCHOS EMPLEADORES ELIGEN UN PLAN DENTAL PARA REDUCIR LOS COSTOS DE LA COMPAÑÍA.

HAY UNA SERIE DE RAZONES POR LAS QUE PUEDE RECIBIR UNA FACTURA NUESTRA DESPUÉS DE QUE SE REALICE EL RECLAMO A LA COMPAÑÍA DE SEGURO: PERÍODOS DE ESPERA, CLÁUSULA DENTAL DE DIENTE FALTANTE, DEGRADACION DE LOS MOLARES, UNA CLÁUSULA DE NO DUPLICACIÓN PARA DOBLE COBERTURA, EL PROCEDIMIENTO NO ES UN BENEFICIO CUBIERTO, ENTRE OTROS.

TRATAMOS DE RECOPIRAR TODA ESTA INFORMACIÓN PARA USTED ANTES DE SU VISITA, SIN EMBARGO, MUCHOS SITIOS WEB O FAXES DE SEGUROS NO DAN ESTA INFORMACIÓN AL PROVEEDOR.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: _____ FECHA: _____