

Información para Pacientes, Farmacias y Seguros

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
Dirección: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Número de Seguro Social: _____ Estado civil: S M D W
Número de teléfono preferido: _____ ¿Es este un número de teléfono SÍ / NO?
Dirección de correo electrónico: _____
Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia Preferida

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Seguro dental primario

¿El suscriptor es el paciente? Si / No

Información del suscriptor:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____ Compañía de seguros: _____
Número de teléfono: _____ ID de suscriptor /: _____ Número de grupo: _____
Relación con el suscriptor: _____ Teléfono del suscriptor#: _____

Seguro dental secundario: (si no hay cobertura secundaria, deje en blanco)

¿El suscriptor es el paciente? Si / No

Información del suscriptor:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____ Compañía de seguros: _____
Número de teléfono: _____ ID de suscriptor /: _____ Número de grupo: _____
Relación con el suscriptor: _____ Teléfono del suscriptor#: _____

Asignación y Liberación

Certifico que yo y / o mi (s) dependiente (s), tenemos cobertura de seguro con la compañía de seguros mencionada anteriormente y asigne a Katyleydis Del Pino Caro de Alamo City Family Dentistry todos los beneficios de seguro, si corresponde, para los servicios prestados Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. El centro dental mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información al Las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinación de beneficios de seguro o beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento se mantendrá vigente todo el tiempo. ya que soy un paciente con la instalación dental mencionada anteriormente.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Historia de Salud

Nombre del paciente : _____ Fecha: _____

¿Alguna vez ha estado o está ahora bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

¿Si es así por qué? _____

Alguna vez ha sido hospitalizado? ☐ Sí ☐ No

Razón: _____

Nombre del Médico: _____

Cuándo fue tu último examen físico completo : _____

Actualmente estás tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Lista: _____

Ha tomado algún tratamiento con cortisona / esterioterapia durante los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No

Es usted alérgico o tiene alguna reacción adversa a alguno de los siguientes medicamentos?

Aspirina	Codeína	Penicilina
Eritromicina	Anestesia local	Óxido nítrico

Eres consciente de ser alérgico a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor liste: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Articulación artificial	Anemia	
Implante de válvula cardíaca	Transfusión de sangre	
Enfermedad del corazón / Infarto	Hepatitis / ictericia / enfermedad del hígado	
Fiebre reumática	Tuberculosis	
Soplo cardíaco	Exposición al SIDA / VIH	
Presión alta / baja	Enfermedad venérea	
Marcapasos	Alcoholismo / Abuso de Drogas	
Alergias / Asma	Tratamiento de radiación	
Problemas de sinusitis	Cáncer / tumor	
Epilepsia / convulsiones	Quimioterapia	
Desmayos / mareos	Hipertermia maligna / Historia familiar	
Tratamiento psiquiátrico	Úlceras	
Glaucoma	Problemas nerviosos	
Diabetes	Pérdida de peso reciente	
Desorden alimenticio	Enfermedades de la sangre	
Problemas circulatorios	Artritis	
Sangrado excesivo por corte / lesión	Trombosis	

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista? ☐ Sí ☐ No

Fuma o mastica tabaco? ☐ Sí ☐ No

Cuánto? _____

Consumo bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No Cuánto? _____

Está embarazada o sospecha que puede estar? ☐ Sí ☐ No

Estás amamantando? ☐ Sí ☐ No

Está tomando anticonceptivos orales? ☐ Sí ☐ No

Usas lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista? ☐ Sí ☐ No

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es verdadera

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del personal _____ Doctor inicial _____

Política de Citas y Cancelaciones

En **ALAMO CITY FAMILY DENTISTRY**, nuestro objetivo es brindar atención de calidad de manera oportuna. Entendemos que pueden surgir imprevistos; sin embargo, cuando se pierde una cita, se le quita la oportunidad a otro paciente de recibir la atención que necesita. Para garantizar el mejor servicio para todos, hemos establecido la siguiente política:

1. Aviso de Cancelación

Requerimos un aviso de al menos **[24/48] horas** para cualquier cancelación o cambio de cita. Esto nos permite ofrecer ese horario a otro paciente que lo necesite.

2. Llegadas Tardías

Si usted llega más de **[10/15] minutos** tarde a su cita, es posible que tengamos que reprogramar su visita o atenderle únicamente como "paciente sin cita" (walk-in) ese día para no retrasar a los demás pacientes.

3. Inasistencias (No-Show) y Cancelaciones Tardías

- **Primera vez:** Se le enviará un recordatorio de nuestra política como cortesía.
- **Segunda vez:** Se podrá aplicar un cargo de **[\$35]** a su cuenta.
- **Tercera vez:** El paciente será asignado a la modalidad de **"Solo Walk-In"** (atención sin cita previa).

4. Modalidad de "Walk-In" (Atención sin cita)

Los pacientes bajo esta modalidad ya no podrán reservar horarios específicos. Podrán acudir a la clínica durante el horario de atención, pero deben tener en cuenta lo siguiente:

- Los pacientes con cita programada tienen prioridad.
- El tiempo de espera puede variar significativamente.
- No garantizamos la disponibilidad de un proveedor específico en ese momento.

5. Restablecimiento de Citas Programadas

La modalidad de walk-in no es necesariamente permanente. Después de **[3] visitas consecutivas** completadas con éxito bajo esta modalidad, usted podrá solicitar que se le devuelva el privilegio de programar citas.

Reconocimiento del Paciente *He leído y comprendo la Política de Citas y Cancelaciones de [Nombre de la Clínica]. Acepto cumplir con estos términos.*

Firma: _____ **Fecha:** _____

Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Alamo City Family Dentistry

Propósito: este formulario se utiliza para obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese reconocimiento.

*** Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento ***

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de este funcionario.

(Por favor imprima el nombre)

(Firma)

(Fecha)

Autorización para liberar información

Propósito: Este formulario se usa para obtener autorización para divulgar información sobre usted cubierta por la Ley de Privacidad a personas que no sean usted.

Yo, _____, autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s) a tener acceso a la información cubierta bajo la Práctica de Privacidad con respecto a mí.

(Por favor imprima el nombre)

(Relación)

(Por favor imprima el nombre)

(Relación)

(Por favor imprima el nombre)

(Relación)

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Prohibidas las barreras de comunicación obteniendo el reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.
- Otros (especificar) _____

Cuestionario dental:

- 1.) ¿Cuándo fue tu último examen? _____
- 2.) ¿Cuándo fue tu última limpieza? _____
- 3.) ¿Tiene dolor o molestia en este momento? **Sí** **No**
- 4.) ¿Te sangran las encías cuando te cepillas? **Sí** **No**
- 5.) ¿Estás contento con tu sonrisa? **Sí** **No**
- 6.) ¿Te interesa blanquear tus dientes? **Sí** **No**
- 7.) ¿Te interesa enderezar tus dientes? **Sí** **No**
- 8.) ¿Te interesan las llaves invisibles? **Sí** **No**
- 9.) ¿Te han dicho que rechinas tus dientes por la noche? **Sí** **No**
- 10.) ¿Le han diagnosticado problemas con la Articulación Temporal Mandibular? **Sí** **No**
- 11.) ¿Te preocupa el mal aliento? **Sí** **No**
- 12.) ¿Estás experimentando frecuentemente una boca seca? **Sí** **No**

Comentarios: _____

