



COSMETIC AND RECONSTRUCTIVE DENTISTRY

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Método de contacto preferido: _____ Mejor momento para contactar: _____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Dentista anterior: _____ Consultorio dental: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono móvil: _____

Relación: _____

¿Cómo supo de nosotros?

- Anuncio de la calle Amigo/Familia: _____
 - Instagram Otro (especifique): _____
 - Facebook
 - Google
-

Firma del paciente

Fecha



COSMETIC AND RECONSTRUCTIVE DENTISTRY

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

*****Por favor, proporcione la información de su seguro dental, NO su seguro médico, ya que son diferentes. Necesitamos esta información al menos 48 horas hábiles antes de su cita para poder verificar sus beneficios y copago.*****

Sin Seguro Dental

Seguro Dental Primario

Nombre del Seguro Dental: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nombre del principal
de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social del principal de póliza: _____

Identificación / número
de miembro: _____ Número de
grupo: _____

Empleador de póliza principal: _____

Relación con el titular del seguro dental: Yo mismo(a) Hijo(a) Esposo(a) Otro _____

El pago debe realizarse en su totalidad en el momento de recibir el tratamiento, a menos que se hayan hecho y aprobado acuerdos previos.

Esta oficina acepta seguros. Por lo tanto, entiendo que SOY RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS, así como del pago de cualquier copago o deducible que mi seguro no cubra. Por este medio, autorizo el pago directo a Fav-ulous Dental, PLLC de los beneficios del grupo de seguros dentales. Entiendo que soy responsable del costo total del tratamiento dental. Autorizo la divulgación de cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de tratamiento o exámenes proporcionados, así como toda la información necesaria para obtener/asegurar el pago de cualquier/a todos los pagadores de terceros.

Firma del paciente

Fecha



COSMETIC AND RECONSTRUCTIVE DENTISTRY

POLIZA FINANCIERA

Bienvenido a nuestro consultorio dental! Haremos el mejor esfuerzo por hacer que su cita sea lo más agradable y cómoda posible y asimismo brindarle atención odontológica de alta calidad.

Yo, _____ me hago responsable de cubrir el pago por todos los servicios brindados a mi y mis dependientes. Entiendo que el pago debe hacerse en el momento de recibir los servicios y que los estimados se honrarán por 90 días empezando el día de la consulta con el dentista. Entiendo que para recaudar alguna deuda, se requiere checar mi crédito a través de mi seguro social y otra información proveída.

Entiendo que hay un cargo de \$30 mensual por no asegurar el pago de facturas en 30 días y un cargo de \$35 por fondos insuficientes y sobregiros. Acuerdo que en caso de no pagar una deuda después de 90 días será considerada delincuente y entregada a una agencia de cobranza o abogado. Cargos adicionales asociados con la agencia de cobranza, abogado y/o la corte serán aplicados a mi cuenta.

Asimismo, doy mi consentimiento a esta oficina para hacer llamadas telefónicas, mandarme correos electrónicos y mensajes de texto en relación con mi cuenta, citas, tratamiento, etc.

Como cortesía para mi, entiendo que esta oficina hará el favor de presentar mis reclamos por servicios prestados a mi seguro dental. Por lo que autorizo a esta oficina para que libere cualquier información necesaria para obtener el pago y también autorizo el pago directo a esta oficina de los beneficios de cualquier/todos los pagadores. Esperaremos 60 días para recibir pago de mi seguro dental. Después de 60 días si el pago no se ha hecho, acepto hacerme responsable y pagar el balance total.

Entiendo que esta oficina siempre tratará de ayudarme a recibir el máximo de mis beneficios, Sin embargo, yo soy únicamente responsable por todos los saldos incurridos por servicios recibidos así como por el pago de cualquier copago o deducible que mi aseguranza no cubra.

- He leído y acepto los términos y condiciones de este acuerdo financiero.
- No acepto los términos de este acuerdo y/o no quiero proveer mi seguro social. Entiendo que esta es mi decisión y todavía puedo recibir servicios dentales en esta oficina. Entiendo que elegir esto implica los siguientes cambios: (1) Pagare totalmente por adelantado el día del servicio, (2) Recibire reembolso de mi seguro dental de acuerdo a lo que ellos decidan reembolsar, (3) Pagare con tarjeta de débito, crédito o efectivo, (4) Ningún plan de pago sera posible, (5) Mis beneficios no podrán ser verificados y los estimados podrían no coincidir con las tarifas vigentes.

Firma del paciente / Padre / Tutor Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y de otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña a este consentimiento. Lo alentamos a que lo lea atentamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier parte de su información de salud protegida que mantenemos.

Derecho a revocar: Tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos una notificación por escrito de su revocación enviada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado en base a este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

Yo, _____ he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Firma del paciente / Padre / Tutor Legal

Fecha



COSMETIC AND RECONSTRUCTIVE DENTISTRY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PUBLICACIÓN DE MEDIOS/ FOTOS/ IMÁGENES Y VIDEO

Este formulario está diseñado para obtener su consentimiento para capturar y usar la fotos o imágenes intraoral del paciente con fines de identificación y otros propósitos relevantes.

Por la presente, autorizo la Dr. García y Fav-ulous Dental, PLLC a tomar y/o reproducir fotografías o videos de mis dientes o rostro para su uso en publicaciones, presentaciones, testimonios de pacientes, galerías de sonrisas y materiales de marketing, incluidos en plataformas en línea, redes sociales y/o el sitio web.

De acuerdo con la ley, no divulgaremos ninguna información personalmente identificable sin su consentimiento previo por escrito. Como parent o tutor, tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

- Reconozco que he leído y entiendo el consentimiento anterior. Doy mi permiso para que se tomen fotografías y videos clínicos y se utilicen para fines científicos y de marketing, incluyendo en publicaciones y presentaciones. Al firmar a continuación, entiendo y acepto que estas fotos y videos pueden ser utilizados para fines educativos y de marketing. Libero a la Dr. García y Fav-ulous Dental, PLLC de cualquier responsabilidad relacionada con esta producción. Además, renuncio a cualquier derecho a regalías, honorarios o a la capacidad de revisar la producción final o los materiales publicitarios asociados con estas imágenes.
- Otorgo permiso para que se tomen y/o envíen fotos/imágenes intraorales del paciente, con o sin otros identificadores personales, a las compañías de seguros según sea necesario para autorizaciones previas dentales, reclamaciones por servicios prestados y/o aprobación de beneficios dentales.

No acepto los términos :

- NO OTORGO permiso para que se tome ninguna foto/imagen intraoral del paciente bajo ninguna circunstancia.

Nombre del paciente / Padre / Tutor Legal(en letra de imprenta)

Fecha

Firma del paciente / Padre / Tutor Legal



PROTOCOLO DE CONFIRMACIÓN DE CITAS, CANCELACIÓN Y AUSENCIAS

Debido a la alta demanda de nuestros servicios, cuando reserve una cita para su limpieza regular con la Dr. García o el Dr. La, o con cualquier otro doctor o higienista, se cobrará un depósito no reembolsable de \$100.00. Todas las cancelaciones deben realizarse con al menos 48 horas por adelantado para evitar cargos. Si cancela menos de 48 horas antes de la cita o no se presenta, el depósito será perdido.

Al reservar una cita para tratamiento, ofrecemos un descuento del 5% con pago total por adelantado en efectivo en el momento de la programación. Se cobrará un depósito no reembolsable de \$100.00 por cada hora reservada para garantizar su lugar en la agenda del doctor. Le aconsejamos mantener sus citas para evitar daños adicionales al tratamiento en cuestión.

Todas las citas deben confirmarse por lo menos 48 hrs antes por escrito por mensaje de texto, escriba “confirmado” “allí estaré” o “yes”. O también puede confirmar llamando a la oficina para dejarnos saber que si asistirá a sus cita.

Si no confirma su cita, reservamos el derecho de ofrecerle la cita al siguiente paciente.

Todas las cancelaciones deben realizarse por adelantado al menos 48 hrs hábiles.

Las citas del lunes deben cancelarse o reprogramarse antes del jueves de la semana anterior a su cita del lunes.

Gracias por su comprensión y cooperación.

Atentamente,

Fabiola García, DDS

Andrew La, DSS

Y todos los demás asociados/doctores/higienistas

Firma del paciente / Padre / Tutor Legal

Fecha

AYÚDANOS A DARTE UNA MEJOR EXPERIENCIA DENTAL

¡Bienvenido a Fabulous Dentistry! Nuestro compromiso es ofrecerte una experiencia excepcional. **Por favor, contesta estas preguntas y selecciona la respuesta que mejor te describa.**

1. ¿Qué tenemos que hacer para darte la mejor experiencia dental?

- Dar respuestas directas a mis preguntas. Ya sé lo que quiero y ya sé mi presupuesto.
- Dame la solución que me va a hacer sentir bien y verme mejor.
- Apoyame durante el proceso y hazme sentir cómodo(a).
- Explicame cada paso del proceso y lo que he de esperar al realizar mi tratamiento.

2. ¿De qué manera explicas lo que sientes hoy al venir a conocer a nuestro Doctor(a) y nuestro equipo de trabajo? Indiferente. No siento ninguna emoción fuerte.

- Estoy emocionado(a) quiero saber más sobre mis opciones de tratamiento. Ya es hora de cuidar de mi.
- Necesito que me aseguren que este es el lugar correcto para mi. No he tenido las mejores experiencias en el pasado.
- Necesito mucha información para tomar una decisión.

3. ¿De las siguientes opciones, cuál te identificas más porque vienes por una consulta hoy?

- Es tiempo de cuidar de mi y hacer algo por MI.
- Lo más importante para mi es verme y sentirme lo mejor posible.
- Tengo un evento especial pronto.
- Necesito respuestas a todas mis preguntas.

4. ¿Si decides realizar tu tratamiento inmediatamente cuál sería la razón?

- Tener todas las respuestas que necesito y saber que esta es la mejor opción para mi.
- No podría tomar una decisión sin mi familiar (o persona especial).
- Estar Seguro(a) de que Fabulous Dentistry es el lugar correcto para mi.
- Sentirme Seguro(a) de que este es el mejor plan de tratamiento para mi.
- El tratamiento dental propuesto para mi este dentro de mi presupuesto.

5. ¿Cómo resolverías que las personas a tu alrededor no apoyen tu decisión de mejorar tu salud y estilo de vida?

- Yo tomaré la mejor decisión para mí basada en la información que tengo.
- Sería difícil tomar una decisión sin el apoyo de las personas que son importantes para ti.
- Aun tomaría la decisión sabiendo que me sentiré y me vere mejor.
- No cambia mi decisión.

6. ¿Qué necesitas saber sobre el Doctor(a) para sentirte seguro(a) de que es la persona correcta para ayudarte a mejorar tu salud y estilo de vida?

- Necesito entender su nivel de experiencia y capacidad para poder realizar mi tratamiento.
- Necesito un ambiente que me haga sentir cómodo(a) y también tener buena relación con el dentista.
- Necesito estar seguro(a) de que el dentista me ayudara a verme y sentirme mejor.
- El dentista de Fabulous Dentistry es la mejor persona para solucionar mis problemas dentales.
- Necesito sentir que todo el equipo de Fabulous Dentistry se preocupa por escucharme y entenderme.

HISTORIAL MÉDICO

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Esta usted en una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Usted usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Mujeres: ¿Está usted
Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeina Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Según mi leal saber y entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del paciente / Padre / Tutor Legal

Fecha