



Smilepoint Dental Care

Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre : _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____
Sexo: Mujer Hombre Estado civil: Casado Soltero Divorciado Apartado Viudo
Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____
Licencia de conducir#: _____ Email: _____
Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico. Paciente es: Fiesta responsable Titular de la política
Como supiste de nosotros: _____

Fiesta responsable: (si alguien mas que el paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre : _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____
Sexo: Mujer Hombre Estado civil: Casado Soltero Divorciado Apartado Viudo
Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____ Conductores Lic#: _____
La parte responsable es el titular de la política para el paciente Titular de la política principal Titular de la política secundaria

Información del paciente (sección 2):

Estado de Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Trabajadores por cuenta propia Retirado Desempleados
Estado del estudiante: Tiempo completo Medio tiempo
Farmacia preferida: _____

Información del seguro primario:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: Yo Esposa Niño Otro
Miembro ID: _____ Seguro de enfermedad ID: _____
Asegurado SS #: _____ Fecha de nacimiento asegurada: _____
Empleador: _____ Compañía de seguros: _____
Grupo#: _____
Dirección del seguro: _____
Ciudad, Estado, Cremallera: _____



Smilepoint Dental Care

Historia Medical

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____
- ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o el cuello? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____
- ¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas ? Si No
- ¿Toma o ha tomado , Phen - Fen o Redux ? Si No
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Si No
- ¿Está usted en una dieta especial? Si No
- ¿Usted usa tabaco ? Si No
- ¿Usted usa sustancias controladas ? Si No
- ¿Es necesario pre - medicar ? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Mujeres: ¿Está usted embarazada/tratando de quedar embarazada?(círculo) Si No tomando anticonceptivos orales?(círculo) Si No Esta amamantando?(círculo) Si No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes ? (círculo)
Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésico local Sulfamida Otros
En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Tiene usted, o ha tenido , alguna de las siguientes ? (círculo)

SIDA / VIH Positivo	Si	No	Cortisona	Si	No	Hemofilia	Si	No	Diálisis renal	Si	No
Enfermedad de Alzheimer	Si	No	Diabetes	Si	No	Hepatitis A	Si	No	Fiebre reumática	Si	No
Anafilaxia	Si	No	Drogadiccion	Si	No	Hepatitis B or C	Si	No	Reumatismo	Si	No
Anemia	Si	No	Fácilmente pierde el aliento	Si	No	Herpes	Si	No	Escarlatina	Si	No
Angina	Si	No	Enfisema	Si	No	Presión arterial alta	Si	No	Shingles	Si	No
Artritis/Gota	Si	No	Epilepsia o convulsiones	Si	No	Colesterol Alto	Si	No	Enfermedad De Células	Si	No
Válvula de corazón artificial	Si	No	Sangrado excesiva	Si	No	Hipoglucemia	Si	No	Falciformes		
Articulación artificial	Si	No	Sed excesiva	Si	No	Latido irregular del corazón	Si	No	Problema de sinusitis	Si	No
Asma	Si	No	Desmayos / vértigo	Si	No	Problemas de los riñones	Si	No	Spina Bífida	Si	No
Enfermedad de la sangre	Si	No	Tos frecuente	Si	No	Leucemia	Si	No	Enfermedad estomacal/intestinal	Si	No
Transfusión de sangre	Si	No	Diarrea frecuente	Si	No	Enfermedades del hígado	Si	No	Ataque fulminante	Si	No
Problemas respiratorio	Si	No	Dolores de cabeza frecuente	Si	No	Presión arterial baja	Si	No	Hinchazón de las extremidades	Si	No
moretones con facilidad	Si	No	Herpes Genital	Si	No	Enfermedad pulmonar	Si	No	Enfermedad De Tiroides	Si	No
Cáncer	Si	No	Glaucomas	Si	No	Prolapso de válvula Mitral	Si	No	Amigdalitis	Si	No
Quimioterapia	Si	No	Fiebre del heno	Si	No	Dolor articulacion de la quijada	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Dolores en el pecho	Si	No	Ataque/Falla del corazón	Si	No	Enfermedad paratiroidea	Si	No	Tumores or Crecimientos	Si	No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	Si	No	Soplo cardíaco	Si	No	Atención Psiquiátrica	Si	No	úlceras	Si	No
Cardiopatía congénita	Si	No	Marcapasos en el corazón	Si	No	Tratamientos de radiación	Si	No	Enfermedad Venérea	Si	No
Convulsiones	Si	No	Problemas/Enfermedad del corazón	Si	No	Recientes Pérdida de peso	Si	No	Ictericia amarillo	Si	No

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionados anteriormente ? (círculo) Si No En caso afirmativo, por favor explique:

Lista todos los medicamentos que toma: _____

En lo mejor de mi conocimiento , las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____

Fecha _____



Smilepoint Dental Care

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL (ESPAÑOL)

Nombre del Paciente: _____

Presion Sanguinea y Pulso: _____/_____

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes parrafos.

_____ 1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me haran el siguiente tratamiento: Rayos X _____ Limpieza _____ Selladores _____ Extraccion de Dientes _____
Empaste _____ Limpieza Profunda _____ Empaste _____ Anesthesia General _____ Conducto Radicular _____ Otro _____

_____ 2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando el enrojecimiento e inflamacion de tejidos, dolor, comezon, vomito, y/o choque anafilactico (reaccion alergica severa).

_____ 3. CAMBIOS EN LA PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o anadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinacion, siendo lo mas comun la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos resaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y anadiduras necesarios.

_____ 4. EXTRACCION DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extraccion de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugia periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme las siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el parrafo #3. Entiendo que la extraccion de dientes no siempre remueve toda la infeccion, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuales son los riesgos de una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamacion, propagacion de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensibilidad en mis dientes, labios lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (dias o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento, y es me responsabilidad pagar por el costo de esto.

_____ 5. CORONAS, PUENTESY CAPERUZAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de a dentadura natural. Ademas entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse facilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la ultima oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma ,adaptacion, tamano, y color) la tender antes de la cementacion. Autorizo a dentista a preparar los dientes siguientes para las coronas o un puente: _____.

_____ 6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciais son artificiales, construidas de plastico, metal y porcelana. Se me han explicado los problemas que puede surgir por usar estos aparatos, incluyendo alojamiento, dolor, y posible rupture. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en me nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptacion, tamano, y color) la tendre cuando asista a la consulta para probarme los dientes en cera. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineacion aproximadamente de tres a doce meses despues de la colocacion inicial. El costo de este procedimiento no esta incluido en el costo inicial de la dentadura postiza.

_____ 7. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantia de que el tratamiento de conducto radicular salvara mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a traves del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirurgicos adicionales despues de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomia)

_____ 8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condicion grave, que esta causando inflamacion o perdida de encias y de hueso, y que puede causar la perdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternatives, incluyendo cirugia de las encias, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puedo tener un efecto negativo en el futuro en mi condicion periodontal.

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta, y practicos dentales no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente o Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad

Fecha



Smilepoint Dental Care

Formulario de Consentimiento de la Poliza Financiera

Damos la bienvenida a usted y a su familia a Smilepoint Dental Care. Esperamos proporcionarle top-notch cuidado dental de calidad a precios económicos. Para proporcionarle el más beneficioso y completo servicio y atención, le pedimos que revise y complete nuestro formulario de consentimiento de la póliza financiera. Estaremos encantados de responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca del tratamiento propuesto y opciones financieras disponibles. Nos esforzamos para mantenernos informados e involucrados con su tratamiento tanto como sea posible.

Usted necesita estar consciente de que:

- Haremos siempre nuestro mejor esfuerzo para ayudarle a maximizar sus beneficios.
- Aunque nosotros mandamos los reclamos por su cortesía, su póliza de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.
- Su plan de tratamiento se adapta individualmente, y no se basa en su seguro dental o a la falta de beneficios o ventajas.
- No todos los servicios están cubiertos en los beneficios de todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan ciertos servicios que no cubrirán.
- Es su responsabilidad de comprender en profundidad la cobertura y excepciones de su póliza en particular. Problemas de cobertura sólo puede ser abordado por su empleador o grupo administrador del plan. No podemos actuar como mediador con el transportista o su empleador.
- Nuestro personal está entrenado para ayudarle con preguntas relativas a la forma en que su reclamación fue presentada, o con respecto a cualquier información adicional la operadora puede necesitar para tramitar su reclamación. Por favor, pregunte si usted tiene alguna pregunta.
- Como una cortesía a todos nuestros pacientes asegurados, vamos a presentar sus formularios de reclamación de seguro dental. En circunstancias especiales, en particular un cheque de beneficios de la compañía de seguros pueden ser enviados a nuestra oficina directamente. En tales casos, usted es responsable en el momento de tratamiento para el pago aplicable de cualquier deducible y co-seguro de su parte. Los pagos realizados directamente a usted por su compañía de seguros sobre saldos pendientes de pago debe ser comunicada inmediatamente a nuestra oficina para que su cuenta sea acreditada en consecuencia.
- Su reclamo será presentado inmediatamente y los beneficios requieran que sean pagados en el plazo de 30-45 días. La presentación de una reclamación de seguro no lo excluye del pago puntual de su cuenta. Si la reclamación no se borra por su operador en 60 días, la parte no remunerada se convertirá automáticamente en "pago en efectivo" y una declaración será emitida por la parte no desembolsada. Usted es responsable por cualquier cantidad que su compañía de seguros no quiera pagar por cualquier motivo.



Smilepoint Dental Care

Por favor siéntase libre de ponerse en contacto con su compañía de seguros sobre el no pago cubierto de sus prestaciones. Estaremos encantados de proporcionarle una carta que incluya toda la información pertinente que usted puede firmar y enviar por correo. Comprendo y acepto las pólizas financieras y de seguro dental enumerados anteriormente y han tenido preguntas contestadas a mi satisfacción.

Estoy de acuerdo en pagar para todo tratamiento de manera oportuna como se describe.

Poliza de Reembolso:

Todos los pagos recolectados en la fecha de servicio pueden ser reembolsados en el mismo día. Solicitud de reembolsos después de la fecha de servicio será procesada dentro de 15 días de devolución formulario de envío, por favor note que todos los reclamos de seguro pendiente deberá ser pagado por su compañía de seguros antes de que un reembolso pueda ser hecho.

[Para los pacientes con seguro dental quienes prefieren que su compañía de seguros envíen el pago a la oficina]

Yo _____ autorizo a mis beneficios de seguro que se paguen directamente a Smilepoint Dental. Soy consciente de que soy responsable de pagar cualquier cantidad deducible(s), mi co- porción de seguro y para cualquier servicios no cubiertos. Entiendo que soy responsable por cualquier y todos los gastos de tratamiento dental y honorarios incurridos, si no es pagado por dicho seguro yo estoy de acuerdo en pagar esos cargos en su totalidad. También yo autorizo la liberación de información Médica/Dental pertinente a la compañía de seguros. Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocado por mí en la escritura. Una fotocopia de esta asignación se considera válida como la original.

X _____ Paciente/Tutor Legal _____ Fecha

X _____ Staff Initials



Smilepoint Dental Care

Políza de Cancelaciones y No Presentarse a Cita

Requerimos un aviso de 24 horas para cualquier cambio o cancelación de su cita. Esto nos permite a nosotros el tiempo en nuestra agenda para estar cubierto por otro paciente que pueden haber estado esperando esta hora de la cita.

Se cobrará una tarifa a tu cuenta por no respetar esta políza. Hay una tarifa de \$25 por cada media hora de la hora de la cita perdida. Por ejemplo, si tenía una cita programada por una hora, el cargo es de \$50.

Nos reservamos el tiempo en nuestra programación para usted con el fin de acomodar su ocupada agenda. Le pedimos que nos dé la misma consideración cuando se necesitan para cambiar o cancelar su cita. Gracias por su comprensión y consideración.

Pacientes de Medicaid o CHIP:

Nuestra oficina está obligado a notificar MCNA y DENTAQUEST de cualquier citas canceladas o si no se presentaron. Si cancela o no acuden a su cita, nuestro sistema notifica automáticamente.

Paciente/Tutor Legal Firma: _____ Fecha: _____

Si usted tiene cualquier pregunta o inquietud por favor siéntase libre de contactar a nuestro gerente de negocios.

Gracias, Management



Smilepoint Dental Care

Como Se Entero De Nosotros?

Por favor toma un momento para hacernos saber cómo se enteró de nuestra oficina.

- CORREO
- PÁGINAS AMARILLAS
- PERIÓDICO
- RADIO
- TELEVISIÓN
- GOOGLE
- PASE POR LA OFICINA
- FACEBOOK
- EMPLEADO _____ (Por favor Especifica)
- FAMILIA/AMIGO(A) _____ (Por favor Especifica)
- DOCTOR _____ (Por favor Especifica)
- OFICINA _____ (Por favor Especifica)
- OTRO _____ (Por favor Especifica)

¿Tiene alguna recomendación sobre las formas de mejorar nuestra oficina?
