



Gracias por seleccionar Servicio Dental Danbury para sus necesidades dental que usted . Haremos todo lo posible para ofrecerle el mejor cuidado dental posible. Para ayudarnos a cumplir con todas sus necesidades de salud dental , por favor llene este formulario en su totalidad . Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda , no dude en preguntar - estaremos encantados de ayudarle.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Verificación apropiadas: Menor \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Apartado \_\_\_\_\_  
Paciente o Padre/Tutor del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Paciente o Padre/Tutor del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
A quien podemos gracias por referirlo? \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

### FIESTA RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Licencia de conducir del estado y número: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Es responsable actualmente un paciente en nuestra oficina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Para su comodidad, ofrecemos los siguientes métodos de pago, seleccione la opción que prefiera:  
Cash \_\_\_ Cheque personal \_\_\_ Tarjeta de crédito: Visa \_\_\_ Master Card \_\_\_ AMEX \_\_\_ Discover \_\_\_ Care Credit/ Lending Tree \_\_\_  
El pago se realizará en su totalidad en cada cita.

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Unión o local #: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Work Phone #: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Política ID #: \_\_\_\_\_

Tiene Seguro Secundario? En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Unión o local #: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Work Phone #: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Política ID #: \_\_\_\_\_

Paciente / Firma Responsable: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Patient Health History

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Bienvenido a nuestro consultorio. Por favor complete este breve formulario de la Historia de Salud para que nosotros podamos estar enterados de algunos problemas que usted tiene o ha tenido.

*Please circle YES or NO or fill in where appropriate:*

Propósito primario de esta cita \_\_\_\_\_

Nombre del médico de la familia \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita con el médico \_\_\_\_\_

- ¿Está usted en buena salud? ..... Yes No
- ¿Ha sido un cambio de su salud desde el año pasado? ..... Yes No
- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave, operación u hospitalización dentro de los últimos 5 años? ..... Yes No
- ¿Está usted tomando medicamentos? (esto incluye medicamentos que no requieren recetas médicas) ..... Yes No
- ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas? ..... Yes No
- a. Daño de las válvulas del corazón, válvulas artificiales o soplo cardíaco ..... Yes No
  - b. Enfermedad reumática del corazón ..... Yes No
  - c. Arteriosclerosis ..... Yes No
  - d. Presión arterial alta ..... Yes No
  - e. Problema del corazón, ataque al corazón, angina, o alguna otra condición del corazón ..... Yes No
    - 1. Dolor del pecho o esfuerzo ..... Yes No
    - 2. Falta del aire después de ejercicio liviano ..... Yes No
    - 3. ¿Se le hinchan los tobillos? ..... Yes No
  - f. Alergia, por ejemplo comida, plantas, látex ..... Yes No
  - g. Problemas de los pasajes nasales ..... Yes No
  - h. Asma o fiebre del heno ..... Yes No
  - i. Desmayos o convulsiones ..... Yes No
  - j. Diabetes ..... Yes No
  - k. Hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado ..... Yes No
  - l. Úlceras de la boca frecuentes o recurrentes ..... Yes No
  - m. Problemas del tiroideo ..... Yes No
  - n. Problemas respiratorios ..... Yes No
  - o. Artritis o coyunturas hinchadas o dolorosas ..... Yes No
  - p. Úlcera gástrica o reflejo hiperactivo de ácido ..... Yes No
  - q. Problemas del riñón ..... Yes No
  - r. Tuberculosis ..... Yes No
  - s. Tos persistente o tos que produce sangre ..... Yes No
  - t. Glándulas hinchadas persistentes en el cuello ..... Yes No
  - u. Epilepsia o desorden neurológica ..... Yes No
  - v. Problemas con la salud mental ..... Yes No
  - w. Cáncer ..... Yes No
  - x. Problemas con el sistema inmunitario ..... Yes No
- ¿HIV-Positivo / SIDA? ..... Yes No
- ¿Ha tenido usted alguna hemorragia abnormal? ..... Yes No

¿Ha requerido usted una transfusión de sangre? ..... Yes No

¿Tiene usted un desorden del sangre como el anemia? ..... Yes No

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Es usted alérgico o ha tenido una reacción a:

a. Anestesia local ..... Yes No

b. Penicilina o antibióticos ..... Yes No

c. Medicamento a base de sulfas ..... Yes No

d. Barbitúrico o pastilla para dormir ..... Yes No

e. Aspirina ..... Yes No

f. Yodo ..... Yes No

g. Codeína ..... Yes No

h. Algo más ..... Yes No

¿Usa o ha usado usted productos de tabaco? ..... Yes No

Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna otra condición o enfermedad que piensa que debemos saber, pero la cual preferiría describir en privado? ..... Yes No

¿Lleva usted lentes de contacto? ..... Yes No

Mujeres:

¿Está embarazada? ..... Yes No

¿Está amamantando usted? ..... Yes No

HISTORIA DENTAL

¿Ha tenido problemas graves asociados con el tratamiento dental anterior? ..... Yes No

¿Tienes dificultad con la masticación? ..... Yes No

¿Sienten las encías inflamadas y sensibles? ..... Yes No

¿Con frecuencia aprieta o te muelen los dientes o sus mandíbulas siempre cansado? ..... Yes No

¿Tienes dolores de cabeza o dolor cuando usted despierta? ..... Yes No

¿Tomar alimentos entre los dientes? ..... Yes No

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usted use hilo dental sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Son sus dientes sensibles? ..... Yes No

¿Está usted usando aparatos dentales removibles? ..... Yes No

Certifico que he leído y entendido toda la información arriba a mi mejor saber y entender. Las preguntas arriba han sido contestadas correctamente. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud. Reconozco que mis preguntas, si hay algunas, sobre la preguntas arriba han sido contestadas a mi satisfacción. No le considero ni a mi dentista ni a ningún miembro de su personal responsable por cualquier error u omisión que yo haya hecho al llenar este formulario.

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature of patient or guardian

| MEDICAL HISTORY UPDATE: |          |       |
|-------------------------|----------|-------|
| SIGNATURE               | COMMENTS | DATE  |
| _____                   | _____    | _____ |
| _____                   | _____    | _____ |



## Política financiera

Danbury Dental Service, una empresa Diamond Dental Services Inc., se enorgullece de ofrecer todos los servicios dentales a una tasa fija baja incluyendo nuestro nuevo especial del paciente.

El pago total se debe el día del tratamiento, o en el momento del inicio del tratamiento mayor. Como Danbury Servicio Dental acepta todas las pólizas de seguro dental PPD Major, si tiene seguro de que aceptamos la porción estimada paciente será la cantidad debida.

## Payment Options

1. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de débito y crédito como Visa, MasterCard, Discover y American Express.
2. También ofrecemos opciones de financiación a corto plazo/planes de pago y el interés se pueden aplicar. Todos los arreglos deben hacerse con anticipación y están sujetas a un proceso de aprobación.

## Los pacientes con seguro Dental

Los seguros dentales a menudo tienen una tasa fija con la oficina que a menudo es menor que las tasas reales de un servicio dental, por lo tanto, el fiador o paciente es responsable de cualquiera de los servicios que excedan la cantidad del beneficio máximo del seguro o que no estén cubiertos servicios. **Usted (paciente o garante) es en última instancia responsable de todos los costos incurridos independientemente de la cobertura de seguro dental.**

## Cargo financiero y Cuotas

- Los saldos en exceso de 30 días están sujetos a un cargo financiero del 1,5 mensual (18% anual).
- Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de contabilidad de \$35. También es responsable de los gastos bancarios ocasionados como resultado del cheque devuelto.

Estoy de acuerdo con los términos indicados anteriormente.

Firma \_\_\_\_\_ Escribe \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_