

Información del paciente:

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____
Nombre preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado / Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____

Fecha de nacimiento : __ _____ Edad: _____

Número de seguridad social: _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado civil: _____ Sexo: Masculino Femenino

Método de contacto preferido: llamada telefónica: hogar / trabajo / celular Email de texto (circule uno)

Dirección de correo electrónico: _____

Dentista Anterior: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Información del seguro dental:

Nombre completo del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor : _ _____

Empleador del suscriptor: _____

Compañía de seguros: _____ Número de grupo: _____

ID de suscriptor: _____

Número de SS del suscriptor: _____

Parte responsable (si alguien fuera del paciente)

Nombre: _____ Inicial del segundo

nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado / código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____

Fecha de nacimiento : _ _____ Número de seguridad social: _____

Número de licencia de conducir: _____

En cuanto a HIPAA:

Las leyes federales y estatales nos exigen que mantengamos la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle información sobre nuestras prácticas de privacidad. Al firmar a continuación, reconoce que está familiarizado con la privacidad de HIPAA prácticas. Si no, solicite uno de nuestra recepción para su revisión.

Fecha de firma: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? Por favor marque todo lo que corresponda

Newspaper Location / Sign Radio Insurance Company

Facebook Yelp TV Comercial (¿qué canal? _____)

Mailer Care Credit Internet Search Marketing Event

Amigo / Familia / Personal (¿a quién podemos agradecer?
_____)

Doctor de referencia (¿a quién podemos agradecer?
_____)

Bienvenido a Village Dental

en North Raleigh !!

Complete las siguientes páginas para que podamos conocerlo mejor.

Página 2

Evaluación de Sonrisa

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fuiste al dentista? 6 meses

1-2 años 3-5 años 5+ años

¿Cuál es tu principal preocupación hoy?

Dolor de dientes Sensibilidad Dientes rotos / rotos Cavidades / caries

Odontología cosmética Limpieza

Dentición / Implantes Odontología Antigua Enfermedad con Gomino

Ortodoncia Dentaduras Organización

Odontología de sedación Recesión gaseosa Otro, por favor liste:

Si nuestros médicos encuentran un problema que debe abordarse de inmediato, ¿está interesado en recibir tratamiento?

¿hoy? _____

¿Tiene ansiedad, miedo o malas experiencias asociadas con la oficina del dentista? si no. Si es así,

dices que tienes Baja ansiedad Moderada ansiedad Alta ansiedad -si es así, has comido o bebido dentro

las últimas 6-8 horas? _____

¿Te gusta la apariencia de tu sonrisa y el aspecto de tus dientes? si no. Si no, ¿qué le gustaría más?

cambiar sobre tu
sonrisa? _____

¿Qué es más importante para ti cuando buscas un tratamiento dental?

___ Calidad del servicio ___ Tecnología ___ Comfort ___ Miedo / sedación ___ Costo
___ Horas de oficina conveniente
___ La amabilidad del personal ___ La limpieza de la oficina ___ Otro, por favor liste:

¿Estás consciente de apretar / rechinar los dientes? ___ si no

¿Alguna vez ha tenido tratamiento de encías periodontales (limpieza profunda o injertos de encías)? ___ si no

¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia (aparatos ortopédicos)? ___ si no

¿Te han removido tus muelas del juicio? ___ si no

¿Cuántas veces al día te cepillas? _____ ¿Cuántas veces a la semana usa el hilo dental? _____

¿Alguna vez ha tenido odontología de sedación? ___ si no

¿Te preocupa el mal aliento? ___ si no

¿Podemos tomar las radiografías dentales necesarias para proporcionarle un diagnóstico preciso? ___ si no

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre usted? _____

Historial médico. Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo tu cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando podrían tener una interrelación importante.

relación con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Estás bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No Si es así, ¿por qué? _____

Alguna vez ha sido hospitalizado? Sí No Si es así, ¿por qué? _____

¿Has tenido una lesión seria en el cuello / cabeza? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Estás tomando medicamentos, pastillas o drogas? Sí No En caso afirmativo, ¿qué medicamentos está tomando y qué está tomando?

¿ellos
por? _____

¿Toma o ha tomado Phen-Fen / Redux? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos? si no

¿Si sí,

cuándo? _____

¿Tienes una dieta especial? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Usas tabaco? Sí No En caso afirmativo, con qué frecuencia

¿Usas sustancias controladas? Sí No En caso afirmativo, enumere lo que está tomando: _____

Las mujeres son ustedes:

¿Embarazada / Intentando quedar embarazada? si no

Tomando anticonceptivos orales? si no

¿Enfermería? si no

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina, penicilina, codeína, acrílico, local, anestésicos

Sulfa de látex de metal

¿Otro? _____

Marque con un círculo cualquiera de los siguientes elementos que tenga o haya tenido:

SIDA / VIH Positivo

Medicina de cortisona

Hemofilia

Tratamientos de radiación

Enfermedad de Alzheimer

Diabetes

Hepatitis A

Pérdida de peso reciente

Anafilaxia

Drogadicción

Hepatitis B o C

Diálisis renal

Anemia

Fácilmente sin viento

Herpes

Fiebre reumática

Angina

Enfisema
Alta presión sanguínea
Fiebre reumática
Artritis / gota
Epilepsia o convulsiones
Colesterol alto
Escarlatina
Válvula cardíaca artificial
Sangrado excesivo
Urticaria o erupción
Herpes
Articulación Artificial
Sed excesiva
Hipoglucemia
Enfermedad de célula falciforme
Asma
Desmayos Hechizos / Mareos
Latido del corazón irregular
Problemas sinusales
Enfermedad de la sangre
Tos frecuente
Problemas de riñón
Espina bífida
Transfusión de sangre
Diarrea frecuente
Leucemia
Estómago / enfermedad intestinal
Problemas respiratorios
Dolores de cabeza frecuentes
Enfermedad del hígado
Carrera
Fácilmente abollado
Herpes genital
Presión arterial baja
Hinchazón de extremidades
Cáncer
Glaucoma
Enfermedad pulmonar
Enfermedad de tiroides
Quimioterapia
Fiebre de heno

Prolapso de la válvula mitral
Amigdalitis
Dolores en el pecho
Ataque al corazón / Fracaso
Osteoporosis
Tuberculosis
Herpes labial / Ampollas de fiebre
Soplo cardíaco
Dolor en las articulaciones de la mandíbula
Tumores o Crecimientos
Cardiopatía congénita
Marcapasos cardíaco
Enfermedad paratiroidea
Úlceras
Convulsiones
Problemas / enfermedades del corazón
Cuidado psiquiátrico
Enfermedad venérea
Ictericia amarilla

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar un resultado incorrecto la información puede ser peligrosa para mi salud (o la del paciente). Entiendo que es mi responsabilidad informar a Village Dental de cualquier cambios a la información enumerada arriba.

_ Fecha: _____
Firma del paciente / padre / tutor
Otras enfermedades no enumeradas:

Página 4

Agradecemos y apreciamos la oportunidad de satisfacer sus necesidades dentales. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para proporcionar con un cuidado dental y de pacientes superior. Por favor, lea este documento a fondo y firme la parte inferior reconociendo que ha leído y entendido este documento. Le proporcionaremos una copia en papel en el final de su visita de hoy para sus registros.

Pautas financieras: hacemos un cheque de beneficios de seguro complementario para aquellos pacientes que tienen cobertura de seguro dental para mejorar comprenda su cobertura *En última instancia, es su responsabilidad conocer su propia cobertura dental y brindarnos la mayor cantidad de información posible.*

posible , para ayudarlo mejor. Aceptaremos la asignación de beneficios, pagados directamente a nuestra oficina. ***Calcularemos lo más cerca posible qué porción cubrirá su seguro, pero tenga en cuenta que los planes difieren en la cobertura. Recopilaremos copagos y deducibles estimados en el los servicios diurnos son prestados.*** Después de 60 días, el saldo de la cuenta será adeudado en su totalidad si su seguro no ha pagado, ya que usted responsable de todos los pagos realizados en su cuenta. Se puede agregar un cargo financiero a su cuenta después de 90 días sin pagos o cuentas podría ser entregado a una agencia de cobranza externa. Se espera que los pacientes sin seguro paguen en su totalidad en efectivo, cheque o con las principales tarjetas de crédito.

el día en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho acuerdos financieros antes de que comience el tratamiento. Para su conveniencia ofrecemos información para financiar sus visitas dentales de 2 meses a 5 años. Por favor, siéntase libre de preguntarle a alguien sobre este servicio.

Citas: Hacemos todos los esfuerzos posibles para proporcionar servicios dentales de manera oportuna. Entendemos que su tiempo es valioso y desea su visita a ser lo más conveniente posible. Para brindarle la atención más eficiente, trabajamos dentro de un sistema de citas y sus horarios de citas son reservado especialmente para ti. Nuestro horario de oficina es los lunes 7: 40a-7p, de martes a viernes de 7: 40a a 4: 40p. Hacemos todos los esfuerzos para honrar a todos los tiempos compromisos y esperan que los pacientes nos extiendan la misma cortesía. Nuestro objetivo es brindarle el tiempo y la atención que necesita cuando está en nuestra oficina.

Ayúdenos a lograr este objetivo siendo puntuales para su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, es posible que necesitemos reprogramarlo para permitir suficiente tiempo para su tratamiento. ***Para todas las citas operativas programadas, se requerirá un depósito de programación. Esta el depósito se destinará a su costo de bolsillo el día del tratamiento. Para citas canceladas dentro de las 48 horas de citas programadas, este depósito se perderá.***

Política de cancelación: entiendo que si no puedo mantener mi cita programada por algún motivo, notificaré a la oficina al menos cuarenta y ocho (48) horas antes de mi hora programada de cita. Entiendo que tendré que llamar a la oficina y confirmar mi cita dentro de los cuarenta y ocho (48) horas. Entiendo que si no llamo a la oficina para confirmar mis citas programadas, mi cita puede ser divulgada a otra persona paciente. Tenga en cuenta que los cambios de horario serán aceptados solo durante el horario regular de oficina. Soy consciente de que se me puede cobrar una tarifa si no lo hago

proporcionar cuarenta y ocho (48) horas de aviso de cancelación o no presentarse a la cita. La tarifa variará según la cantidad de tiempo programado y no será menos de \$ 45.00. Si no se presenta a dos (2) citas, es posible que no podamos programarlo para más citas y usted será un paciente ambulante.

Seguro: nos gustaría que todos nuestros pacientes comprendan mejor su seguro dental. Lo primero que debe saber es que el seguro dental no es seguro en absoluto. El seguro se originó como, y es por definición, *una agrupación de fondos para pagar un evento raro pero catastrófico*. El seguro contra incendios es un excelente ejemplo. Originalmente, el seguro médico también se diseñó de esta manera. Pago de consultas de rutina, medicamentos básicos y bajo los deducibles son una modificación relativamente reciente en las pólizas médicas para crear beneficios adicionales para los empleados que no son seguros verdaderos sino beneficios "libres de impuestos".

En nuestra oficina, creemos que usted se merece lo mejor en cuidado dental. Es por eso que siempre te presentamos la mejor solución dental posible para tratar tu situación personal. Cada año brindamos atención dental excepcional a miles de personas. Algunos tienen beneficios dentales, pero la mayoría no. Si usted tiene beneficios dentales, ¡enhorabuena! Eres muy afortunado. Aquí hay algunas cosas importantes que debes saber:

a Sus beneficios dentales se basan en un contrato celebrado entre su empleador y la compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta con respecto a sus beneficios dentales comuníquese con su empleador o la compañía de seguros directamente.

a Los beneficios dentales difieren mucho de los beneficios médicos. En 1959, la mayoría de los planes de beneficios dentales tenían un tope máximo anual de \$ 1,000 y se sorprenderá al saber que el plan de beneficios dentales promedio de hoy todavía tiene un tope máximo anual de \$ 1,000. ¡No ha habido un aumento significativo en el límite máximo anual en más de 40 años!

Sin embargo, ha habido aumentos significativos en sus primas. Los planes de beneficios dentales nunca pagarán por la finalización de su cuidado dental. Solo está destinado a ayudar tú.

a Muchas personas reciben notificación de su compañía de seguros de que los honorarios dentales son "superiores a lo habitual y habitual". Una compañía de seguros determina su

El nivel de reembolso al encuestar un área geográfica, calculando la tarifa promedio, luego determina que el 80% de la tarifa promedio es habitual. Incluido en el

Encuesta son clínicas dentales de descuento e instalaciones de atención administrada, que han reducido drásticamente las tarifas dentales que reducen el promedio. Cualquier doctor en privado la práctica tendrá tarifas que las compañías de seguro definen como "más altas de lo habitual y habitual".

a Las compañías de seguros no reconocen muchos servicios dentales de rutina y más nuevos. Nuestro equipo estará encantado de ayudarle a completar los formularios necesarios para maximizar su beneficios dentales y discutir sus opciones financieras. La excelente atención dental está disponible con o sin beneficios dentales. Esperamos que elija la mejor odontología para oferta.

a Muchos planes intentan confundir a los participantes al otorgar los beneficios dentro de la red en comparación con fuera de la red. Después de revisar muchos planes, los beneficios solo varían levemente entre dentro de la red y fuera de la red. Antes de decidirse por un proveedor de su seguro dentro de la red, debe evaluar el nivel de tratamiento y cuidado del paciente que recibirá Nuestra oficina solo participa con Delta Dental, lo que significa que estamos dentro de la red solo con Delta Dental, pero presentaremos cualquiera con cualquier seguro.

Si comprende y acepta las pautas anteriores para nuestra oficina, firme a continuación.

Fecha de firma: _____

Si está firmando como representante personal del paciente, describa su relación con el paciente:

Relación con el paciente: _____ Nombre
impreso: _____