



212 Old Grande Blvd. St. B-224 Tyler, TX 75703
 Phone: (903)509-0505 Fax: (903)509-0506

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____
Apellido Primer Nombre MI

Correo Electrónico: _____ Hombre Mujer Soltero Casado Niño Otro

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

De Casa: _____ # De Celular: _____ # De Trabajo: _____

Dirección: _____
Calle #de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Información de Salud- Fecha de la última visita dental: _____ Razon de esta visita: _____

¿Ha tenido cualquiera de los siguientes? Marque las que se aplican:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales | <input type="checkbox"/> Embolio |
| <input type="checkbox"/> Alergia _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula de Mitral | <input type="checkbox"/> Dolor de Unión de Mandíbula de TMJ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Brotes | <input type="checkbox"/> Desórdenes Nerviosas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Prótesis Artificial | <input type="checkbox"/> Lesiones de Cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | Fecha de Parto: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Alergia de Codeína |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorias | <input type="checkbox"/> Alergia de Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | OTRO: |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Sinusitis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangre Excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de Estómago | _____ |

•Esta o podría estar embarazada? Sí No En Caso afirmativo, cual es su fecha de parto? _____

•Tiene historial de uso de drogas? Sí No En Caso afirmativo, por favor explique: _____

•Ha tenido complicaciones después de algun tratamiento dental? Sí No
 En caso afirmativo, por favor explique: _____

•Ha sido usted admitido a un hospital o ha necesitado atención de emergencia durante los dos años pasados? Sí No
 En caso afirmativo, por favor explique: _____

•Esta tomando anticoagulants o aspirina diaria? Sí No

•Está ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No
 En caso afirmativo, por favor explique _____

•Nombre del Médico: _____ Número de Teléfono: _____

•Tiene algún problema de salud que necesita más aclaraciones? Sí No
 En caso afirmativo, por favor explique: _____

•Medicamentos y las dosis actuales: _____

•Cual idioma hablan en casa? Ingles Español Otro

•Necesita hacer algun cambio a su forma de Ley de Confidencialidad (HIPAA)? Sí No

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedentes e información proporcionada son verdad y son correctas. Si alguna vez tengo cualquier cambio de mi salud, informaré a la oficina East Texas Dental Group en la siguiente cita sin falta.

Fecha: _____
 Firma del paciente, padre o tutor _____

Informacion de Guardian/Espos(a): Lo siguiente es para: el cónyuge del paciente la persona responsable de pago

Nombre: _____ Seguro Social #: _____

Hombre Mujer Soltero Casado Niño Otro Fecha De Nacimiento: _____

Casa: _____ #Celular: _____ # Trabajo: _____

Dirección: _____
Calle # Apartamento Ciudad Estado Codigo Postal

Información de Referencia

A quien podriamos darle las gracias por referirnos a nuestra oficina? Como escucho de nuestra oficina?

Otro Paciente o Familiar Oficina Dental Directorio de Telefono Periodico Escuelal Trabajo Otro

Consentimiento Financiero para Servicios

Arreglos financieros deben hacerse con anticipacion. La clinica depende de reembolso de los pacientes para los costos de su cuidado y responsabilidad financier de casa paciente debe determinarse antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencias dentales o cualquier servicio dental realizados sin arreglos financieros anteriores, deben pagarse por efectivo en el momento que se realizan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que esta oficina ayudara a preparar las formas de seguro y ayudan la toma de colecciones de las companies de seguros y acreditara cualquier coleccion a la cuenta del paciente. Sin embargo, este consultoria dental no puede render servicios en la suposicion de que nuestros gastos seran pagados por una compania de seguros. Las polizas de aseguranza son contratos entre el paciente y la compañía de aseguranza. Nosotros trabajamos con mas de 500 codigos que son aprobados con la Asociason Americana de Dentista y algunas aseguranzas si o no aceptan esos codigos. Solo podemos dar una estimacion de la major manera que podemos porque muchas veces es dificil obtener dar a las oficinas. En consideracion de los servicios a dicho medico, o su cesionario, a la vez dijo que se prestan los servicios. Ademas de acuerdo de que el valor razonable de dichos servicios sera facturado a menos que se opuso, por mi, por escrito, dentro de los plazos para el pago de los mismos.

Entiendo que la estimacion de cuota para esta atencion dental solo puede extenderse por un periodo de seis meses desde la fecha del examen del paciente. La estimacion puede cambiar/aumentar si el tratamiento no fue atendido. Entiendo que cualquier diferencia que resulte despues de el tratamiento y pago de aseguranza o sera responsabilidad del paciente. Concedo mi permiso a usted o a su cesionario, el telefono de casa o de mi trabajo para discutir los asuntos relacionados con este formulario.

He leído las anteriores condiciones de tratamiento y de pago y de acuerdo con su contenido.

_____ Fecha: _____ Relación al Paciente: _____

Firma del paciente, padre o tutor, guardian responsable

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

East Texas Dental Group proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar informacion sobre su salud. Además de la copia que le proporcionamos, copias de la notificación actual está disponible en nuestra pagina de web. www.easttxdentalassociates.com

Reconozco que he recibido la notificación de prácticas de privacidad.

Yo, _____ quisiera divulgar informacion sobre el privacidad de el mi mismo o el paciente a lo siguiente:

1. _____
Nombre/Relacion #de telefono

2. _____
Nombre/Relacion #de telefono

3. _____
Nombre/Relacion #de telefono

4. _____
Nombre/Relacion #de telefono

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre – Letra de Molde

Relación al Paciente