



Smilepoint
Creating Beautiful Smiles

Information de Patiente:

Primer Nombre _____ Apellido: _____ Inicial: _____
Direccion: _____
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____
Telefono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Estado Civil : Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Sexo: F M
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social: _____ Numero de Licencia: _____
Correo Electronico: _____

Persona Responsable de Patiente:

Primer Nombre _____ Apellido: _____ Inicial: _____
Direccion: _____
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____
Telefono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Estado Civil : Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Sexo: F M
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social: _____ Numero de Licencia: _____

Information de Patient (Parte 2):

Estado de Empleo Tiempo Completo Medio tiempo Trabajador Independiente Retirado Desempleado
Student Status: Tiempo Completo Tiempo Parcial
Farmacia Preferida: _____

Primary Insurance Information:

Nombre de Asegurada _____ Relacion con el Asegurada Yo Esposa Hijo Otro
Member ID: _____ Medicaid ID: _____
SS# del asegurado : _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Empleador: _____ Compania de Seguro _____
Grupo #: _____
Direccion de Seguro _____
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____



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 Falciformes	Si No
Válvula de corazón artificial	Si No	Sangrado excesiva	Si No	Hipoglucemia	Si No	Problema de sinusitis	Si No
Articulación artificial	Si No	Sed excesiva	Si No	Latido irregular del corazón	Si No	Spina Bífida	Si No
Asma	Si No	Desmayos / vértigo	Si No	Problemas de los riñones	Si No	Enfermedad estomacal/intestinal	Si No
Enfermedad de la sangre	Si No	Tos frecuente	Si No	Leucemia	Si No	Ataque fulminante	Si No
Transfusión de sangre	Si No	Diarrea frecuente	Si No	Enfermedades del hígado	Si No	Hinchazón de las extremidades	Si No
Problemas respiratorio	Si No	Dolores de cabeza frecuente	Si No	Presión arterial baja	Si No	Enfermedad De Tiroides	Si No
moretones con facilidad	Si No	Herpes Genital	Si No	Enfermedad pulmonar	Si No	Amigdalitis	Si No
Cáncer	Si No	Glaucomas	Si No	Prolapso de válvula Mitral	Si No	Tuberculosis	Si No
Quimioterapia	Si No	Fiebre del heno	Si No	Dolor articulacion de la quijada	Si No	Tumores or Crecimientos	Si No
Dolores en el pecho	Si No	Ataque/Falla del corazón	Si No	Enfermedad paratiroidea	Si No	úlceras	Si No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	Si No	Soplo cardíaco	Si No	Atención Psiquiátrica	Si No	Enfermedad Venérea	Si No
Cardiopatía congénita	Si No	Marcapasos en el corazón	Si No	Tratamientos de radiación	Si No	Ictericia amarillo	Si No
Convulsiones	Si No	Problemas/Enfermedad del corazón	Si No	Recientes Pérdida de peso	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
Creating Beautiful Smiles

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, PUENTES Y 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 parciales 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 ruptura. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi 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 alternativos, incluyendo cirugia de las encias, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede 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
Creating Beautiful Smiles

Formulario de Consentimiento de la Poliza Financiera

Damos la bienvenida a usted y a su familia a Smilepoint Dental. 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
Creating Beautiful Smiles

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
Creating Beautiful Smiles

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
Creating Beautiful Smiles

Como Se Entero De Nosotros?

Por favor tome 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?
