



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
Ultimo Primero
Sexo (M/F) _____ Estado Marital _____ Fecha del Nacimiento _____
Social Security # _____ Licencia del chofer # _____
Direccion _____
Calle Apt #
Ciudade _____ Estado _____ # delCodigo _____
Telefono Domicilio _____ Trabajo _____ Ext _____
Mejor hora para llamar _____ e-mail _____
Quien lo referio a la esta oficina? _____

INFORMACION DEL ESPOSO O PERSONA RESPONSIBLE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
Ultimo Primero
Sexo (M/F) _____ Estado Marital _____ Fecha del Nacimiento _____
Social Security # _____ Licencia del chofer # _____
Direccion _____
Calle Apt #
Ciudade _____ Estado _____ # delCodigo _____
Telefono Domicilio _____ Trabajo _____ Ext _____

INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre del empleador _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ # delCodigo _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Asegurado _____
ultimo primero
Fecha del nacimiento lo asegurado _____ ID # _____ Grupo # _____
Direccion del asegurado _____
Ciudad _____ Estado _____ # delCodigo _____
Nombre del empleador asegurado _____
Direccion _____
Calle Apt #
Ciudad _____ Estado _____ # delCodigo _____
Relacion del asegurado lo paciente _____ uno mismo _____ esposo (a) _____ nino
Nombre del seguro _____
Direccion _____

HISTORIA DENTAL

Cuando fue su ultima visita al dentista? _____
Que tratamiento recibio? _____
Porque usted solicita tratamiento dental? _____
Tiene dolor in sus dientes? _____ Sensible a calientes, frios, dulces? _____ Sus encias sangran? _____
Ha tenido complicaciones durante extracciones en el pasado? _____ E _____
Le gusta la apariencia de sus dientes? _____ Si _____ No

HISTORIA MEDICO

Como esta su salud en general? _____ excelente _____ bueno _____ malo
Quien es su doctor general? Dr. _____
Direccion _____ Telefono _____
Ha tenido alguna enfermedad grave? _____ Si _____ No
Ha estado usted hospitalizado (a) ? _____ Si _____ No
Ha tomado alguna droga o medicina durante este ano? _____ Si _____ No
Es usted alergico(a) a la penicilina, otra droga o medicina? _____ Si _____ No
Fuma o ha fumado? _____ Si _____ No

TIENE USTED O HA TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> doencias do figado |
| <input type="checkbox"/> marcapasso cardiaco | <input type="checkbox"/> tratamiento psiquiatrico | <input type="checkbox"/> tiroide |
| <input type="checkbox"/> valvula artificial del corazon | <input type="checkbox"/> desmaios | <input type="checkbox"/> doencias de pele |
| <input type="checkbox"/> lesiones cardiacas congenitas | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> doencias venereas |
| <input type="checkbox"/> soplo del corazon | <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> herpes |
| <input type="checkbox"/> fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> tratamiento de cancer | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> presion arterial alta | <input type="checkbox"/> tumores | <input type="checkbox"/> hepatitis |
| <input type="checkbox"/> presion arterial baja | <input type="checkbox"/> problemas del rinon | <input type="checkbox"/> glaucoma |
| <input type="checkbox"/> colesterol | <input type="checkbox"/> reemplazo de la juntura | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> sinusitis | <input type="checkbox"/> depresion |
| <input type="checkbox"/> ulcera(estomago/intestino) | <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> embarazada |
| <input type="checkbox"/> derrame cerebral | <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> otros |

Si usted tiene alguna de las enfermedades acima explique _____

Autorizo al personal de Unique Dental Care para que suministre el tratamiento dental que sea necesario.

Firma del paciente _____ Fecha _____
Firma del paciente o padre si es menor de edade _____ Fecha _____
Revisado por _____ Fecha _____

ASHLAND DENTAL CARE POLIZA DE OFICINA

CONTRACTO FINANCEIRO

Los pagareses por servicios deben ser pagados en cada cita. Como servicio para usted, nosotros no encargamos de cobrarle a su seguro dental por cada visita. El seguro dental solo se encarga de pagar una parte y usted es responsable por su porcion, y por cualquier cantidad que el seguro no cubra.

Yo entiendo que yo sere responsable por los pagos a esta oficina, por el servicios dental es provenientes para mi o mis ninos.

Asignamento de Beneficios de Seguro

Yo doy permiso a UNIQUE SMILE y a sus doctores para obtener pagos directos de mi seguro dental, por los tratamientos recibidos por mi o mis ninjos.

CANCELACION Y AUSENCIA

Nosotros entendemos las circunstancias que a veces pasan y nos olvidamos de las citas. Nosotros le cobraremos \$ 35,00 dolares por faltar a 03 citas, si usted no lo notifica o si no se comunica a tiempo.

El seguro medico no es responsables por los cobro de las citas a la cual usted falte, o pierdes. Yo entiendo que cada cita es tiempo para tratamientos y servicios dentales que es tomado para servir a mis ninjos y a mi. Yo me encargare de llamar o notificar a la oficina en 24 horas. Si deseo o tengo que cancelar alguna cita. Yo entiendo que tender que pagar, antes de asistir a la cita recambiada.

Yo entiendo el reglamento de esta oficina sobre las cancelaciones y perdidas de citas.

LOS ORIGINALES

Rayos X, son propiedad de UNIQUE SMILE. Si usted desea que sus rayos X sean duplicados usted debera pagar \$ 25,00. Si usted quiere duplicados, es necesario que usted notifique en 72 horas antes de ir a recogerlos o enviarlos por correo.

Yo he comprendido las instrucciones y polizas de UNIQUE SMILE.

Pacientes / Padres _____ Fecha _____

ASHLAND DENTAL CARE

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

****You May Refuse to Sign This Acknowledgement****

I, _____, have received a copy of this office's
Notice of
Privacy Practices.

{Please Print Name}

{Signature}

{Date}

{Person Authorized to Release Information to (ex. Spouse, Parent, Guardian, or Sibling)}

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).