

Forrest Tower, DDS

Sonrisas Hermosas

Apellido _____ Nombre _____ Segundo _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino() Femenino() Soltero() Casado()
Viudo() Divorciado() Separado()

Dirección _____

Email _____

Teléfono de Casa (_____) _____ - _____ Teléfono de Trabajo (_____) _____ - _____ x _____

Teléfono Celular (_____) _____ - _____ Otro Teléfono (_____) _____ - _____

Número de Seguridad Social _____ - _____ - _____

Nombres de los Padres (si son menores) _____

Tu Ocupación _____

Empleador y Dirección _____

Nombre de la Esposa _____

Empleador y Dirección del Cónyuge _____

Número de Seguro Social del Cónyuge _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge ____ / ____ / ____

¿Tiene Seguro Dental? _____ Póliza/Grupo No. _____

Compañía de Seguros _____

En el caso de una emergencia, un amigo cercano o pariente que NO viva en la misma dirección:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Dirección _____

Fecha de Su Última Visita Dental _____

Lo Que Se Hizo _____

¿A Quién Podemos Agradecerle por Recomendarlo a Nuestra Oficina? _____

Nombre de Su Doctor Médico (no Dental) _____

Su Dirección _____

Su Número de Teléfono (_____) _____ - _____ x _____

Fecha del Último Examen Físico _____



Por favor, voltee y complete la página 2



SÍ NO

¿Ahora está bajo el cuidado de un médico?

Para qué _____

¿Alguna vez ha tenido una operación o una enfermedad grave?

Describir _____

¿Estas tomando alguna medicación?

Enumere TODOS los medicamentos que toma

1. _____

6. _____

2. _____

7. _____

3. _____

8. _____

4. _____

9. _____

5. _____

10. _____

ALGUNA VEZ HAS TENIDO:

SÍ NO

Problemas del corazón

Fiebre reumática

Presión arterial alta o baja

Defectos cardíacos congénitos

Soplo cardíaco

Un marcapasos

Tuberculosis

Cualquier problema pulmonar o respiratorio

Epilepsia o convulsiones

Anemia u otros trastornos sanguíneos

Tumores o cáncer

Quimioterapia o tratamientos de radiación

Diabetes

Tiene micción y/o sed excesiva

¿Está sujeto a sangrado prolongado

¿Estás sujeto a desmayos?

¿Eres VIH positivo?

SÍ NO

Estás embarazada

Problemas de riñon

Asma o fiebre del heno

Urticaria o erupción cutánea

Problema sinusal

Ictericia

Hepatitis

Artritis

Carrera

Glaucoma

Dolores de cabeza

Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Al hacer clic en la articulación de la mandíbula

Mandíbula bloqueada - abierta o cerrada

Aprieta los dientes de noche o de día

Roncar

Apnea del sueño

¿Eres alérgico o sensible a:

Aspirina

Codeína

Novocaína o anestésicos locales

Penicilina

Otros medicamentos, drogas, productos químicos o sustancias

Qué _____

¿Tiene alguna otra enfermedad, enfermedad o problema no mencionado?

Qué _____

IMPORTANTE:

1. Se le cobrará por citas perdidas O si avisa con menos de 24 horas de anticipación para cancelar una cita.

2. Todos los pagos se deben al momento del servicio. Le facturaremos a su compañía de seguros, pero debe pagar su parte estimada y cualquier deducible al comienzo de cada cita. Si su seguro no paga el saldo completo, se le facturará y se espera que pague por completo dentro de los 30 días. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de servicio mensual e intereses.

3. Para aquellos con seguro dental: Mi firma a continuación también se considera la "Firma en el archivo" y la "Autorización para pagar al médico". Por la presente autorizo el pago directamente a Forrest Tower, DDS, los beneficios del seguro que de otra manera me serían pagaderos. Otorgo el derecho de divulgar mi historial dental / médico y otra información sobre mi tratamiento dental a terceros pagadores.

4. Periódicamente, el Doctor puede tomar fotografías de usted para documentación, educación o publicación. Su firma implica su consentimiento para el uso de estas imágenes.

Notifique al médico o al personal sobre cualquier cambio en su estado médico o personal.

Fecha ____/____/____ Firma _____

Política Financiera

Pago

El pago total se debe al momento del servicio. Ofrecemos las siguientes opciones de pago.

1. Aceptamos efectivo, giros postales, cheques, Visa, MasterCard y Discover.
2. Para tratamientos más grandes, podríamos ofrecer *Care Credit* como nuestro socio financiero. Ofrecen financiación sin intereses hasta 6 meses después de la aprobación del crédito. Si son necesarios plazos más largos, *Care Credit* puede tener otros planes de financiamiento disponibles. No ofrecemos planes de pago en la oficina.

Nota: Todas las restauraciones fijas, removibles y de implantes deben pagarse en su totalidad antes de la entrega final.

Seguro

Nuestra oficina se compromete a ayudarlo a maximizar sus beneficios. Su parte estimada del paciente, el deducible, el monto del copago y los servicios no cubiertos deben pagarse al momento del servicio. Las compañías de seguros varían mucho. Solo podemos estimar su cobertura de buena fe, pero no podemos garantizar su cobertura o pago. Incluso después de una autorización previa por escrito de su compañía de seguros, NO hay garantía de que pagarán. Como tal, usted será responsable de pagar el monto total.

Citas Perdidas

Una vez que se haya hecho una cita, recuerde que este tiempo se ha reservado específicamente para usted. Se cobrará una tarifa estándar de \$50.00 a su cuenta por cualquier cita no cancelada dentro de **24** horas del horario de la cita programada. Nota: Todas las tarifas de cancelación deben pagarse antes de programar citas futuras con nuestra oficina.

Cargos por Servicio

Cuentas con más de 30 días de atraso, se agregará una tarifa mensual del 1.5% a su cuenta (tasa de porcentaje anual del 18%), con un cargo mínimo de facturación de \$ 5 por mes. Hay un cargo de \$ 35.00 por cheques devueltos (NSF).

Tasas de Cobro

Las cuentas morosas se enviarán a la agencia de cobranza, y se agregarán a su cuenta tarifas de cobranza adicionales, hasta un cuarenta por ciento. Además, se presentará un informe ante las agencias nacionales de informes crediticios, lo que afectará negativamente su calificación crediticia.

Menores

El pago de los servicios para el tratamiento de menores es responsabilidad del adulto que acompaña a ese menor.

Consentimiento Financiero

El paciente, o titular de la cuenta, acepta ser totalmente responsable del pago total del tratamiento realizado en este consultorio. Entiendo y acepto esta Política Financiera y Acuerdo.

Firma del paciente / parte responsable

Fecha

Escriba el nombre del paciente / parte responsable

Forrest Tower, DDS

Me han ofrecido una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad* de este consultorio (HIPPA).

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

Para uso interno solamente

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudimos obtenerlo por el siguiente motivo:

- La persona se negó a firmar.
- Hubo barreras de comunicación que impidieron la obtención del acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (especifique)
