

Bienvenido

¡ Los beneficios de una alegre y saludable sonrisa son inmensos!

Nuestra meta en el consultorio de los Dres. Garcia y Sanchez–Garcia es ayudarle alcanzar y mantener una perfecta salud bucal. Por favor, llene esta planilla completamente. Si nuestra comunicación es buena, podemos ayudarle más.

Datos Personales

Sr. Sra. Srta. Dr. Rev. Otro

Nombre _____
Primer nombre Inicial 2do nombre Apellido

Dirección: (casa) _____
Ciudad Estado Código Postal

Casa: () _____

Trabajo: () _____

Celular: () _____

Correo electrónico: _____

Numero de Seguro Social: _____

Licencia de Conducir: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo Masculino Femenino

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Empleador _____

Dirección: Trabajo _____
Ciudad Estado Código

Ocupación: _____

Cuánto tiempo en este trabajo? _____

Referido por:

Nombre _____

Dentista anterior: _____

Ultima visita al dentista: _____

Esposo/a

Sr. Sra. Srta. Dr. Rev. Otro

Nombre _____
Primer nombre Inicial 2do nombre Apellido

Dirección: Trabajo: _____
Ciudad Estado Código Postal

Trabajo: _____

Trabajo() _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro

Nombre: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Telefono: () _____

No. Grupo _____

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Trabajo: _____

Tiene Ud. un seguro adicional? Si NO Si su contesta fue Si, Por favor llenar esta información.

Nombre: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Telfono () _____

No. Grupo _____

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Trabajo: _____

Yo he leído y comprendido el siguiente plan para mi tratamiento.
Autorizo dar información relacionada con este reclamo.
Sé que soy responsable por el costo de mi tratamiento dental.

Yo autorizo el pago directo al dentista
mencionado arriba.

X _____
Firma del Paciente, o de la persona responsable si es menor de edad. Fecha

X _____
Firma del Asegurado. Fecha

HIPAA: X _____
Firma

HISTORIA MÉDICA

Aunque los doctores García y Sánchez-García trabajan dentro de su boca y alrededor de ella, su boca es parte de su cuerpo. Los problemas de salud que Ud. pueda tener o los medicamentos que Ud. esté tomando pueden tener una estrecha relación con su trabajo dental. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

¿Cuál es el motivo de su visita? _____

1. ¿Padece Ud o ha padecido alguna de estas dolencias?

	Si	No		Si	No
SISTEMA NERVIOSO			CARDIOVASCULAR		
Derrame cerebral.....	_____	_____	Fiebre reumática.....	_____	_____
Epilepsia/convulsiones.....	_____	_____	Soplo cardiaco.....	_____	_____
Tratamiento psiquiátrico.....	_____	_____	Dolor en el Pecho/Molestia	_____	_____
Ataques de pánico.....	_____	_____	Ataque cardíaco.....	_____	_____
Depresión.....	_____	_____	Falta de aire.....	_____	_____
SISTEMA ENDOCRINO			Presión alta.....	_____	_____
Diabetes.....	_____	_____	Cardiopatía congénita.....	_____	_____
Tiroides.....	_____	_____	Prolapso de la válvula mitral.....	_____	_____
SISTEMA RESPIRATORY			Válvulas artificiales.....	_____	_____
Tuberculosis.....	_____	_____	Marcapaso.....	_____	_____
Enfisema.....	_____	_____	Cirugía del corazón.....	_____	_____
Asma/Alergias.....	_____	_____	SISTEMA MUSCULO-ESQUELETAL		
Sinusitis.....	_____	_____	Artritis/Reumatismo.....	_____	_____
SISTEMA DIGESTIVO			Articulaciones artificiales.....	_____	_____
Hepatitis.....	_____	_____	Osteoporosis.....	_____	_____
Úlceras.....	_____	_____	OTROS		
SISTEMA CIRCULATORIO			Dolor en las articulaciones.....	_____	_____
Morados frecuentes.....	_____	_____	Dolor en la articulación mandibular.....	_____	_____
Anemia.....	_____	_____	Terapia de radiación.....	_____	_____
Transfusión de sangre.....	_____	_____	Quimioterapia.....	_____	_____
Hemofilia.....	_____	_____	Cáncer/Tumores.....	_____	_____
			HIV + o SIDA.....	_____	_____
			Enfermedades venéreas.....	_____	_____

2. Enumere cualquier reacción ALERGICA a medicamentos, detergentes, o hierbas medicinales.

3. Por favor, indique el nombre y la dosis de todos los medicamentos con o sin receta que estas tomando.

4. Estas tomando medicamentos para la osteoporosis como: Fosamax, Boniva, Actonel, Zometa, or Aredia? _____ Por cuánto tiempo? _____

5. (Mujeres) ¿Está Ud. embarazada? _____ Indique la fecha aproximada para el parto? _____

6. ¿Consuma Ud. tabaco? _____ ¿Cuántos al día? _____ ¿Por cuánto tiempo ha fumado Ud.? _____

7. ¿Tienes Ud. alguna enfermedad, condición o problema de salud no mencionado anteriormente que debemos saber? _____

8. ¿Ha tenido Ud. Alguna vez hemorragia después de una extracción dental? _____ ¿Alguna complicación serio después de un procedimiento dental. _____

Por favor complete el reverso

Por favor explique: _____

9. ¿Se pone Ud Nervioso cuando va al dentista? No ___ Ligeramente ___ Moderadamente ___
Extremadamente ___.

10. Circule su nivel de ansiedad al recibir un tratamiento dental: ligero moderado severo

11. Nombre de su medico primario _____ Teléfono _____

12. Fecha de su última visita al dentista: _____

13. Por favor, indique si Ud. Quiere saber detalles acerca de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Implantes | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento facial |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para encías | <input type="checkbox"/> Botox |
| <input type="checkbox"/> Mejo ramiento de su sonrisa | <input type="checkbox"/> Sedación dental |
| <input type="checkbox"/> Recubrimiento dental | <input type="checkbox"/> Protección nocturna para TMJ/contra la migraña |
| <input type="checkbox"/> Coronas | <input type="checkbox"/> Restylane/ Perlane |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cordales | <input type="checkbox"/> Juvederm/ Juvederm Ultra |
| <input type="checkbox"/> Protección dental (para uso en los deportes) | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Blanqueamiento | <input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia INVISALIGN |

He contestado a las preguntas anteriores con total honestidad, si en el futuro hubiera algún cambio en mi historia médica o en mis medicamentos, lo informaré a los Dres. García o Sánchez-García en su oportunidad.

Firma del Paciente

Firma del Padre o Guardian _____ Fecha: _____

Publicación de fotos

Sus fotos son parte de su diagnostico e historia clínica. Hacemos uso de radiografías, fotografías e imágenes digitales para diagnostico, documentación, referencia o publicaciones investigativas: Algunos casos que demuestran resultados espectaculares Ej.: bellísimas sonrisas o situaciones de interés podrían utilizarse como demostración, educación o publicidad hacia pacientes potenciales o actuales en nuestra oficina, en la prensa escrita, televisiva, en Internet o en nuestra pagina digital. En algunos instantes podría Ud. reconocerse en esas imagines.

Con su firma y sus iniciales en esta planilla, nos autoriza y al mismo tiempo nos libera de responsabilidades por el uso de tales imágenes. Esto no afectará en modo alguno la calidad de sus resultados en nuestra oficina dental. Hacemos nuestro mejor esfuerzo por proveer el mejor servicio dental a todos nuestros pacientes.

Por favor, firme o escriba sus iniciales para autorizar:

_____ Autorizo el uso de todas las imágenes
_____ Autorizo el uso de imagines donde mi cara no se pueda identificar.

_____ Mantenga mis imágenes en mi historia clínica solamente.

Esta autorización se mantendrá hasta que sea cancelada. Cualquier cancelación futura no afectará el uso de imágenes previamente publicadas. He leído y comprendido esta información.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre en letra de molde (Padre/Tutor si el paciente es menor de edad)

Raul I. Garcia, D.M.D.
Concepcion M. Sanchez-Garcia, D.M.D.

Family, Cosmetic, and Implant Surgery

9301 Miller Drive Suite A
Miami, FL 33165

Tel (305) 595-4616
Fax (305) 595-4927

ARREGLOS FINANCIEROS Y SEGUROS DENTALES

Nosotros estamos comprometidos en proveerle el mejor cuidado posible. Si Ud. tiene seguro dental, contribuiremos a que Ud. reciba el máximo de beneficios permitidos por su póliza. Para alcanzar estas metas, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestro sistema de pago.

Los servicios deben ser pagados cuando son recibidos. Si Ud. tiene seguro dental Ud. pagará el deducible que le corresponde y algún servicio que sabemos su seguro no ha de pagar. Si Ud. no tiene seguro dental entonces debe pagar su balance, exceptuando cuando ha hecho arreglos financieros aprobados previamente por nuestro personal administrativo. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Master Card, Visa, American Express, Discover, Dental Fee Plan y Care Credit. Esta última es una tarjeta para servicios dentales que Ud. puede solicitar; la cual le permitiría pagar sin intereses hasta en 12 meses. Dental Fee Plan es un plan de pago. Pregunte por más detalles si esta interesado. Nosotros le ayudaremos con sus planillas de reclamo a su seguro y generalmente aceptamos los honorarios de los servicios prestados que ellos cubren.

Los cheques devueltos por al banco tendrán un recargo de hasta \$25.00. Los balances no pagados después de 30 días tendrán cargos adicionales de las compañías de cobro, además de un 1.5% de interés mensual. Los turnos que no han sido cancelados con 24 horas de anticipación podrían añadir cargos al balance.

Gustosamente nosotros conversaremos acerca del tratamiento que Ud. necesita, y aclararemos todas sus preguntas relacionadas con él y con su seguro dental.

Ud. debe darse cuenta que su seguro es un contrato entre Ud., su empleador y la compañía aseguradora; nosotros no somos parte de ese contrato. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías aseguradoras seleccionan arbitrariamente algunos servicios que ellos no cubren.

Nosotros enfatizamos que como sus proveedores de su cuidado dental nuestra relación es con Ud. y no con su seguro; aunque cortesmente le ayudamos a llenar sus planillas, Ud. es responsable del pago desde la fecha en que los servicios les fueron dados.

Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de esta información aclárela con nosotros, estamos aquí para ayudarlo. En caso de Emergencia llamar:

Nombre _____ Teléfono _____

Entiendo y estoy de acuerdo en que en la eventualidad que esta oficina deba recurrir a una compañía de cobro para lograr el pago de la cantidad que yo debo, yo pagaré los gastos de esas acciones, incluyendo los del abogado.

Entiendo y estoy de acuerdo en que soy responsable por el balance de mi cuenta por los servicios profesionales que he recibido. He leído toda la información de este documento y he completado las preguntas. Certifico que esta información es verdadera y correcta. Notificaré a Uds. cualquier cambio en mi salud o información general.

Firma _____ Fecha _____