

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Neighborhood Dental ahora puede confirmar citas por correo electrónico o texto.

Por favor marque su preferencia:

☐ Correo Electrónico ☐ Texto ☐ Teléfono de Casa ☐ Teléfono Móvil

Estas dispuesto a estar en una lista de llenado rápido? ☐ Si ☐ No

Los pacientes reciben un 10% de descuento en tratamiento o \$20 de crédito para el examen de rutina y limpieza cuando se toma una cita de llenado rápido. Usted puede recibir muchas llamadas telefónicas cuando hay cancelaciones.



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ ☐ Mujer ☐ Hombre
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Correo Electrónico _____ Numero de Seguro Social _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono Móvil _____ Teléfono de Trabajo _____
Si eres estudiante de tiempo completo, nombre de la escuela/universidad _____
Ciudad de la escuela/universidad _____ Estado de Escuela/Colegio _____
Empleador de Paciente o Padres/Guardián _____ Numero de Trabajo _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Nombre de Pareja o Padres/Guardián _____ Empleador _____ Numero de Trabajo _____
Contacto de Emergencia _____ Numero de Teléfono _____

Parte Responsable (SI ES EL MISMO QUE EL PACIENTE, POR FAVOR SIGA A LA SIGUIENTE SECCIÓN)

Nombre de la persona responsable de la cuenta _____ Relación con el Paciente _____
Dirección _____ Empleador _____ Telefono de Trabajo _____
Numero de seguro social _____ Telefono de Casa _____
Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico _____ Telefono Móvil _____
Empleador _____ Telefono de Trabajo _____ Numero de Segura Social _____

Información de Seguro (SI YA NOS ENVIASTE TUS TAR) ETAS DE SEGURO DENTAL SIGUE A LA SIGUIENTE SECCIÓN)

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Asegurado _____
Relación con el Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____
Numero de Seguro Social o ID _____
Nombre del Empleador _____
Compania de Seguros _____
Numero de Grupo _____
Numero de Póliza _____

SEGURO SECUNDARIA

Nombre de Asegurado _____
Relación con el Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____
Numero de Seguro Social o ID _____
Nombre del Empleador _____
Compania de Seguros _____
Numero de Grupo _____
Numero de Póliza _____

Historial Médico del Paciente

Nombre del dentista y ubicación anterior _____ Fecha del ultimo examen _____

1. alguna vez ha sido diagnosticado con la enfermedad periodontal? _____
2. Como calificara su sonrisa en una escala del 1 a 10? _____
3. Que cambios esta dispuesto a hacer para mejorar su sonrisa? _____

Historial Medico del Paciente

Medico _____ Numero de Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

Si No

1. ¿Está bajo tratamiento médico en este momento?..... ☐ ☐

2. ¿Has sido hospitalizado(a) en los últimos 5 años por una enfermedad seria o una cirugía?..... ☐ ☐

Sí su respuesta es sí, entonces por favor explique: _____

3. Estás tomando algún medicamento (s), incluyendo medicamentos sin receta? ☐ ☐

Sí su respuesta es sí, que medicamento (s) está tomando? _____

4. Pre Medicina

¿Necesita o le ha recomendado su médico un antibiótico premedicado antes del tratamiento dental?

En caso que digan sí a la pregunta, tiene alguno de los siguientes?

válvula de corazón artificial _____ endocarditis infecciosa _____

defecto cardiaco congenito _____ Transplante de organos _____

5. Es usted alérgico o ha tenido una reacción a las siguientes?

Los anestésicos locales..... ☐ ☐

Penicilina o cualquier otro antibiótico..... ☐ ☐

droga sulfa..... ☐ ☐

codeína..... ☐ ☐

narcóticos..... ☐ ☐

acrílicos..... ☐ ☐

Alimentos (por ejemplo, leche, cacahuates, nueces, etc.)..... ☐ ☐

Aspirina..... ☐ ☐

cualquier metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.)..... ☐ ☐

Látex..... ☐ ☐

otros: _____

6. Dormir

• ¿Le han dicho o sabe que ronca?..... ☐ ☐

• ¿Tiene dificultades para dormir?..... ☐ ☐

• ¿Aprietas o rechinas los dientes?..... ☐ ☐

• ¿Tienes apnea del sueño?..... ☐ ☐

7. ¿Utiliza el Tabaco?..... ☐ ☐

8. ¿Utiliza sustancias controladas?..... ☐ ☐

9. ¿Toma algún anticoagulante?..... ☐ ☐

Requiere Firmante

Certifico que las preguntas anteriores han sido respondidas correctamente.

Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Si No

10. Está tomando algún medicamento para fortalecer los huesos (bifosfonatos)?..... ☐ ☐

11. Tiene tos persistente o carraspeo no asociado con una enfermedad conocida (que ha durado más de 3 semanas)?.... ☐ ☐

12. Tiene alguna necesidad/requisito especial que debamos tener en cuenta para poder acomodarlo mejor (desorden del espectro autista/trastorno del procesamiento sensorial, ansiedad)? _____

13. Tiene alguno de los siguientes?

Si No

Sida o infección VIH..... ☐ ☐

Anemia..... ☐ ☐

Artritis..... ☐ ☐

Asma..... ☐ ☐

Cancer..... ☐ ☐

clase: _____

marcapasos/

desfibrilador cardiaco..... ☐ ☐

deterioro cognitivo..... ☐ ☐

Diabetes..... ☐ ☐

clase: _____

Mas reciente A1C: _____

enfisema/epoc..... ☐ ☐

Epilepsia..... ☐ ☐

Acidez..... ☐ ☐

Infarto..... ☐ ☐

Fecha: _____

enfermedad del Corazón... ☐ ☐

Si No

herpes/herpeslabial..... ☐ ☐

hepatitis..... ☐ ☐

Presión Alta..... ☐ ☐

reemplazo de la

articulación..... ☐ ☐

enfermedad del riñon... ☐ ☐

leucemia..... ☐ ☐

enfermedad del

higado..... ☐ ☐

presión arterial baja..... ☐ ☐

radioterapia..... ☐ ☐

problemas

respiratorios..... ☐ ☐

Convulsiones..... ☐ ☐

Derrame cerebral..... ☐ ☐

Fecha: _____

problemas de

tiroides..... ☐ ☐

Tuberculosis..... ☐ ☐

Otro: _____

14. Solo Mujeres está

a.) ¿está embarazada o cree que puede estarlo?
en caso afirmativo fecha: _____

b.) ¿esta amamantando? ☐ ☐

c.) ¿está tomando ☐ ☐
anticonceptivos orales?



Nuestra mision en Neighborhood Dental es ahorrarle a nuestros pacientes dolor, tiempo y dinero.

Antes de empezar cualquier tratamiento hablaremos con usted de las opciones que tiene, tanto financieras como de tratamiento para que no tenga sorpresas.

Su porción de pago es requerida el día que se le realice el tratamiento, aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, MasterCard, Visa, Discover y Care Credit.

Care credit es disponible en nuestra oficina y ofrece extendidos planes de pago con una pre-aprobación de credito.

Pacientes de emergencia sin aseguranza, que son nuevos a nuestra oficina son requeridos a pagar el costo total de la visita al registrarse.

La aseguranza Dental es un contrato entre usted y su empleador, la cobertura varia altamente dependiendo el plan que tenga. Nuestra clinica solo recomienda tratamiento de acuerdo a nuestros estandares de cuidado. Muy aparte de si tiene cobertura dental o no. CUALQUIER BALANCE QUE SU ASEGURANZA DENTAL NO CUBRA ES SU RESPONSABILIDAD.

Nosotros enviaremos todos los costos de su visita a su aseguranza como una cortesia hacia usted. Si su aseguranza paga una cantidad diferente a lo que nosotros teniamos calculado por ejemplo, si usted pago de mas, nosotros le devolveremos su dinero, o si pago menos necesitamos que pague el balance dentro de los 30 dias que se le mando la primera factura.

Tiempo para su cita es reservado exclusivamente para usted y para beneficiarlo a usted nuestro apreciado paciente. Talvez lo llamemos para ofrecerle mover su cita si algo sale disponible antes de su cita planeada. Tambien nuestra clinica require que nos avise 24 horas antes de su cita si no va a poder asistir, ya que se le puede cobrar por citas perdidas o canceladas en menos de 24 horas. Si el paciente pierde 3 citas desafortunadamente ya no le podremos hacer citas, lo tendremos que poner en nuestra lista de citas para el mismo dia.

En caso de padres separados o divorciados de menores de edad, el padre que acompañe al menor el día de la cita sera responsable de pagar la porción de la cita el día que se le realizo el servicio.

Eh leído y entiendo la poliza financiera.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Política financiera de plan de ahorro dental

Nuestro plan de ahorro dental es una alternativa al seguro dental tradicional y está diseñado para ahorrarte dolor, tiempo y dinero. Es una buena manera de recibir el cuidado que necesitas con los ahorros que deseas. Este plan no se puede usar en combinación con ningún otro seguro, descuento o promoción. No se harán devoluciones de primas si los participantes deciden no utilizar este plan después de haberlo comprado.

Su plan de ahorro dental incluye 100% de cobertura en los siguientes: Exámenes comprensivos/periódicos (2 veces al año), radiografías de mordida (una vez al año), serie completa de radiografía bucal/panorámica (1 vez cada 3 años), limpiezas de mantenimiento preventivo o periodontal (2 veces al año), fluoruro (2 veces al año sin límite de edad) y examen de cáncer oral (2 veces al año). Todos los otros servicios ofrecidos por la clínica Neighborhood Dental tendrán el 15% de descuento o \$500 por el procedimiento.

Se requiere el pago completo al momento del servicio. Nosotros aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, Mastercard, visa, cuenta de ahorro de salud, American express, y Discover. Si un cheque personal es devuelto se le cobrará un cargo por cobranza y le será requerido pagar con tarjeta o en efectivo en cualquiera de sus próximas visitas. Ofrecemos opciones de financiamiento a través de CareCredit, Sunbit Finance y de Cherry Finance (con aprobación previa).

En el caso de que tenga un balance sin pagar en su cuenta, trataremos de contactarlo para recolectarlo. Sin embargo, si no podemos hacerlo su cuenta será enviada a una agencia de cobros. Una vez que esto suceda se le agregará un 24% de cargo mínimo al total del balance para cubrir el costo de cobro, de litigación y cualquier costo adicional que puedan ocurrir.

Como resultado de que su balance sin pagar fue enviado a una agencia de cobro, su plan de ahorro dental será anulado, si decide participar en el plan de ahorro dental de nuevo, su balance debe ser pagado en su totalidad y no puede estar moroso. Necesitará comprar el plan de ahorro dental nuevamente y no tendrá acceso a los beneficios de su plan previo.

Las citas son reservadas exclusivamente para usted. Algunas citas requieren un depósito no reembolsable para mantener su reservación dental. Su depósito será aplicado a su porción estimada de paciente, si se completa como fue programada. La clínica requiere un día hábil si el paciente no puede mantener su reservación dental, trataremos de contactarte antes de su cita para confirmar, si la cita no es confirmada en un día hábil, la misma será cancelada o reprogramada. **Usted será responsable por cualquier cita pérdida o cancelaciones con menos de un día hábil de anterioridad. Si el paciente "no se presenta" o la cita es cancelada antes de un día hábil en tres citas consecutivas. Moveremos tus citas al mismo día solamente en nuestro horario.** Como beneficio adicional como nuestro apreciado paciente le ofrecemos comunicarnos con usted si una cita está disponible antes de la fecha original de la suya.

En el caso de padres separados o divorciados de menores de edad. La persona responsable por la porción del costo del tratamiento del niño(a) será quien traiga al menor a esta cita y tendrá que ser pagado el día del servicio.

☐ He leído y entiendo la política financiera y de cancelación.

Firma de el paciente

Fecha

Padre o Madre o firma del tutor (si es menor de 18)

Fecha