



# ZAPATA DENTAL

## Informacion Del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo M  F

Soltero  Casado  Vuido  Separado  Divorciado

Seguro Social# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, da el nombre del los padres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oficio: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_

Numero de Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo(a): \_\_\_\_\_

Oficio de Esposo(a): \_\_\_\_\_

Empleador de Esposo(a): \_\_\_\_\_

Telefono de Emplador de Esposo(a): \_\_\_\_\_

A quien podremos agradecer por referirle a usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Numeros Telefonicos

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Celular : \_\_\_\_\_

Mejor Tiempo para Contactarle: \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor familiar: \_\_\_\_\_

Numero de su Doctor familiar: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR** (especifica A alguien que no viva en su vivienda)

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono De Casa: \_\_\_\_\_

Telefono de Empleador: \_\_\_\_\_

## Asignacion y Liberacion

Yo certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro como Indicado y asignar directamente a esta oficina todos los beneficios del seguro de otro modo pagadero a mi por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos o no pagados por el seguro. Yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion Necesarias para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. (si aplica). Yo certifico **Que cualquier tratamiento otorgado a mi CON O SIN seguro sera mi responsabilidad de pagar cualquier cargo que se aplican.**

\_\_\_\_\_

Firma del Partido Responsable

\_\_\_\_\_

Relacion al menor ( si aplica)

Fecha:

## Informacion De Seguro Dental

Nombre de quien pertenece el Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente : \_\_\_\_\_

Numero de identificacion: \_\_\_\_\_ Nombre de la Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo # \_\_\_\_\_ Está el paciente cubierto por un seguro dental adicional? SI  NO

# Historica Medica Del Paciente



# ZAPATA DENTAL

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Telefono de la Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Examen \_\_\_\_\_  
 SI NO SI NO

1. ¿Esta ahora bajo tratamiento medico?.....
2. ¿Durante los ultimos 5 años, ha sido hospitalizado Por una operacion o enfermedad seria?.....  
Si es asi, explique por favor \_\_\_\_\_
3. ¿Esta tomando alguna droga o medicina (receta o no Si es asi, ¿que esta tomando? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha Ud. Tomado phen-fen/redux?.....
5. ¿Usa Ud. Tabaco?.....
6. ¿Usa Ud. Drogas ilicitas?.....
7. ¿Usa Ud. Lentes de contacto?.....
8. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?

9. ¿Es Ud. alergico o ha tenido una reaccion a estas sustancias?.....  
 Anestesia local (Novocaina).....  
 Penicilina u otros antibioticos.....  
 Sulfamidas.....  
 Barbituricos.....  
 Yodo.....  
 Sedantes.....  
 Aspirina.....  
 Algunos metales (Niquel, Mercurio)..  
 Latex o productos de hule.....  
 Otro (favor de enumerar)\_\_\_\_\_

10. Para mujeres solamente:  
 ¿Esta embarazada o piensa que si?.....  
 ¿Esta amamantando?.....  
 ¿Esta tomando pildoras anticonceptivas?.....

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Presion alta.....			Enfermedad Cardiaca.....			Enfermedad Cardiaca.....		
Ataque cardiaco.....			Marcapaso Cardiaco.....			Dolor de Pecho.....		
Fiebre reumatica.....			Murmullos en el Corazon.....			Falta de aliento.....		
Tobillos hinchados.....			Angina.....			Ataque de paralisis.....		
Desmayo/Ataque.....			Cansado con frecuencia.....			Fiebre del heno/alergias... Tuberculosis.....		
Asma.....			Enfisema.....			Terapia de Radiacion... Glaucoma.....		
Presion Baja.....			Cancer.....			Raciento perdida de peso... Enfermedad del higado....		
Epilepsia/Convulsiones.....			Artritis.....			Problemas cardiacos..... problemas respiratorios....		
Leucemia.....			Reemplazo de articulacion.. o implante.....			Prolapso de valvula mitral.... Otro.....		
Diabetes.....			hepatitis/Latericia.....					
Enfermedad del riñon.....			Anemia.....					
SIDA o infection por HIV.....			Enfermedad venerea.....					
Enfermedad del tiroides.....								

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre y Direccion del ultimo Dentista \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo Examen \_\_\_\_\_  
 SI NO SI NO

1. ¿Sangran las encias cuando se cepilla O usa hilo Dental?.....
2. ¿Son sus dientes sensibles a liquidos Alimentos frios o calientes?.....
3. ¿Son sus dientes sensibles a liquidos Alimentos dulces o acidos?.....
4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes?.....
5. ¿Tiene bultos o llagas acerca de la boca?.....
6. ¿Ha tenido heridas en la cabeza, cuello O la quijada?.....
7. ¿Ha tenido algunos de los problemas Siguintes con la quijada?  
Ruidos en la quijada.....
7. (cont) Dolor (articulacion, oreja, lado de la cara).....  
Dificultad en abrir o cerrar la boca.....  
Dificultad al masticar.....
8. ¿Tiene Dolores de cabeza con frecuencia?.....
9. ¿Aprieta o muele los dientes?.....
10. ¿Muerde los labios o mejillas con frecuencia?.....
11. ¿Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?.....
12. ¿Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion?.....
13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?.....
14. ¿Tiene Ud. Dentadura postiza o parciales?.....  
Si es asi, ¿cual fue la fecha de colocacion?.....
15. ¿Ha recibido instrucciones higienicas Sobre el cuidado de los dientes y las encias?.....
16. ¿Le gusta su sonrisa?.....

### Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la informacion de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que informacion inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier informacion (incluye: Do diagnostico y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi Niño durante el periodo de cual cuidado dental) a seguro contra tercera Persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compania de seguros a pagarle directamente al dentista o grupo dental los Beneficios que hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compania de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos los servicios prestados a favor de mi o mis dependientes.

X  
 Firma del Paciente (o Firma del Padre, si el Paciente es Menor)

Observaciones del Doctor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## POLIZA DE OFICINA

Al programar una cita, usted es responsable de mantener esa cita. Entendemos que hay ocasiones en las que no se puede atender a su cita. Por lo tanto, le damos una llamada de cortesía un día antes para recordar la cita. Se le cobrará una cuota de \$25.00 por no presentarse o cancelar sin previo aviso apropiado su cita. Un aviso apropiado es de 24 hrs. de anticipación. Es nuestra política de oficina. Debido a esta política tan estricta, es su responsabilidad asegurarse de que tenemos un buen número de contacto/s. Gracias por su atención a este asunto tan importante.

NUMERO TELEFONICO PARA CONFIRMAR CITA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**Pacientes Menores de edad**(menores de 18 años): Se requiere un tutor adulto para acompañar a un menor de edad en su visita dental. También requerimos que un padre/tutor firme la responsabilidad financiera en caso de que el paciente sea menor de 18 años. Esa persona será responsable del pago de la cuenta. En casos donde exista divorcio o custodias del menor, la persona que firma será responsable de pagar. SOLO ENVIAREMOS FACTURA AL SEGURO DEL OTRO PADRE/MADRE CON UN PERMISO POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE AUSENTE. SIN EXCEPCIONES!

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Pacientes con Seguros

Usted recibirá servicios con el entendimiento de que si su cobertura dental no está efectiva al momento del servicio, se le enviará una factura y será responsable financieramente de los servicios prestados. Si su compañía de seguro se niega a pagar por cualquier motivo, incluyendo, pero no limitado a la falta de pre-autorización, elegibilidad, políticas del plan, exclusiones, cláusulas de espera, coordinación de beneficios y exceder su máximo anual, usted es responsable de pagar en su totalidad cuando reciba nuestra factura. En caso de que su seguro envíe el cheque de reembolso directamente a usted, usted debe inmediatamente entregar el cheque a nuestra oficina para ser aplicados a su saldo por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Poliza de Pago

En todos los casos, los pacientes de Zapata Dental aceptan las siguientes pólizas de pago.

- El pago en su totalidad de la porción de paciente se debe pagar a más tardar cuando los servicios se finalicen.
- Para los planes de tratamientos completos que requieren múltiples visitas, Zapata Dental requiere un depósito del estimado total al principio del tratamiento.
- El paciente puede, a su discreción, optar por pagar en su totalidad por avanzado su tratamiento dental. Los reembolsos para créditos no utilizados en su cuenta serán emitidos conforme a la política de reembolso de Zapata Dental.
- El paciente es responsable por cantidades no cubiertas por el seguro, independientemente de que la estimación dada en su visita incluya una porción de su seguro. A menos que este prohibido por la ley porque Zapata Dental tiene un acuerdo con su plan de aseguramiento.
- En casos donde pagos no se reciban para su cuenta y se coloque con una agencia de cobros con licencia, usted está de acuerdo a pagar los honorarios de la agencia. Si acción legal es necesaria para coleccionar su balance, usted está de acuerdo a pagar los honorarios de abogados y costos judiciales incurridos para la colección.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

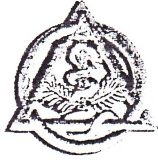
### Poliza de Reembolso

No se darán reembolsos monetarios. Solo podríamos aplicarlo como crédito a su cuenta con nosotros o hacia alguna cuenta de algún miembro de su familia si usted lo solicita.

Al firmar abajo, estoy reconociendo que he leído la política de oficina de Zapata Dental.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# ZAPATA DENTAL

## NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS PRIVADAS

### Acontecimiento al paciente

Este practica dental reconoce la proteccion de la privacidad de el paciente cuando se trata de su salud personal. Nosotros hacemos todo el esfuerzo para proteger y conservar su salud personal en la manera mas segura.

Cuando firma este acondicionamiento usted no esta dando sus derechos privados y puede requerir la privacidad de su salud personal.

Firme su nombre de que entiende acontecimiento de las notificacion de las Practicas Privadas

Deletree su nombre: \_\_\_\_\_

Firme su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_