



**Cuidado Dental de Paso Robles
Von Joseph Holbrook, DDS**

Nombre De Paciente: _____ Hombre o Mujer: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Teléfono del hogar/casa: _____ Teléfono celular: _____

¿Podemos llamar a su trabajo? Si / no _____ Teléfono del empleador: _____ Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono de contacto de emergencia: _____

Correo Electrónico: _____ **¿Como supiste de nosotros?** _____

Si el Paciente es Menor de Edad:

Nombre de la Madre/Fecha De Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Fecha De nacimiento: _____

Información de Seguro Dental

Titular de la pólita: _____

Seguro Social y Fecha De Nacimiento: _____

Empleador: _____

La Campania De Seguros: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

Información de Seguro Dental Secundario

Titular de la pólita: _____

Seguro Social Y Fecha De Nacimiento: _____

Empleador: _____

La Campania De Seguros: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

Certificación

Hasta mi punto de vista, la información de este formulario es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si tengo un cambio en la salud.

Acuerdo financiero

Reconozco que los pagos y copagos se deben pagar en el momento del tratamiento, a menos que se hagan otros arreglos. Acepto toda la responsabilidad financiera por todos los cargos por servicios o artículos proporcionados al paciente o a mí. Entiendo que presentar una reclamación ante mi compañía de seguros no me exime de mi responsabilidad por el pago de todos los cargos. Noventa días después de lo debido son motivos para la acción de cobro.

Firma De Paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____



Cuidado Dental de Paso Robles
Von Joseph Holbrook, DDS
Historial de Salud Médica

Nombre del paciente: _____

¿Tiene alguno de los siguientes? (Por favor marque todos los que apliquen o NINGUNO)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal después de extracciones, cirugía o traumatismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones o desmayos/mareos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia/Osteonecrosis |
| <input type="checkbox"/> SIDA(AIDS)/(HIV)VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas frecuentes | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Han tomado bifosfonatos | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico / Nervioso / Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Anemia o trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolencia De Corazón/ataque al corazón o Angina De Pecho | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/enfermedad cardíaca reumática |
| <input type="checkbox"/> La Artritis/La Gota/El Reumatismo | <input type="checkbox"/> El Prolapso/Defecto De Corazón/ Escuchar Soplo/Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Artificial Articulación o válvula de la corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis ¿Tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Herpes/herpes labial/Ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Tuberculosis u otros problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Cáncer ¿Tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas renales/enfermedades/enfermedad de hígado | <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes ¿Tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Condición neurológica | <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra condición no aparece en la lista?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas y el alcohol | <input type="checkbox"/> Cirugías nuevas o recientes | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Radiación/Quimioterapia | | |

Si está marcado arriba, detalles (fecha de operaciones/en que sucedió):

¿Está tomando algún medicamento, píldoras, drogas, incluida la marihuana? Sí/No
Por favor ponga en una lista: _____

¿Tiene un médico? Sí/No
Nombre: _____

Solo para mujeres

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Lactantes | <input type="checkbox"/> Tomar anticonceptivos orales |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? (Por favor marque todos los que apliquen o NINGUNO)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> La Codeína | <input type="checkbox"/> El acetaminofén (Tylenol) |
| <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Acrílico | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil/Motrin) |
| <input type="checkbox"/> El Óxido nitroso | <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Otro: Por favor, lista
_____ |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> El Sufato Droga | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> El Látex | | |

Comentarios: _____

Hasta mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente o padre del paciente: _____

Fecha de hoy: _____



**Cuidado Dental de Paso Robles
Von Joseph Holbrook, DDS**

Nombre del paciente: _____

Confirmación de recibo de materiales dentales Hoja informativa
Se me ha dado una copia de la Hoja Informativa de Materiales Dentales proporcionada por la Asociación Dental de California.

_____ [Por favor, imprima el nombre]

_____ [Firma]

_____ [Fecha]

Si este Acuse de recibo está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Relación con el paciente: _____

Reconocimiento de recepción de prácticas de privacidad

He sido informado y se me ha dado una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Paso Robles Dental Care que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica.

_____ [Por favor, imprima el nombre]

_____ [Firma]

_____ [Fecha]

Si este Acuse de recibo está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Relación con el paciente: _____

Permiso para compartir información médica/dental:

(Incluyendo un cónyuge; opcional- usted puede dejar esta sección en blanco)

Mi información médica/dental puede obtenerse y/o intercambiarse por escrito o verbalmente a:

_____ [Por favor, imprima el nombre]

_____ [Relación]

_____ [Firma del paciente o tutor]

Si este Acuse de recibo está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Relación con el paciente: _____

Sólo para uso del programa

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y Hoja Informativa de Materiales Dentales, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibidas para obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otro (Especificar)



**Cuidado Dental de Paso Robles
Von Joseph Holbrook, DDS**

Nombre del paciente: _____

Políticas de oficina

Política de Citas

Nos dedicamos a mantenernos en el horario y ver a todos nuestros pacientes en el momento de la cita. Tenga en cuenta que es posible que tengamos que reprogramar cualquier cita que se retrasa más de 10 minutos. Siendo que reservamos tiempo especialmente para usted, si necesita cambiar una cita, le pedimos un aviso mínimo de 48 horas. Las citas perdidas consecutivas pueden resultar en ser despedido como paciente.

Política financiera

Nuestra oficina acepta todas las principales tarjetas de crédito, dinero efectivo y Crédito de Cuidado. Todos los copagos deben realizarse en su totalidad en el momento del servicio. Debido a la gran cantidad de tiempo que nuestro personal y médicos dedican a preparar y reservar tiempo ininterrumpido para citas que consisten en una hora o más, podemos requerir un depósito de \$100.00 para hacer su reserva. Si usted asiste a su cita, o cancela con más de 48 horas de anticipación, ese depósito será puesto a su copago, o reembolsado. Si la cita se marca como fallida, se pondrá en la tarifa de cancelación.

La Póliza de Seguros

Aceptamos todos los planes de seguro de PPO y con mucho gusto facturaremos su seguro por usted. Sin embargo, le recordamos que facturar su seguro es una cortesía para usted desde nuestra oficina. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros; no podemos garantizar ninguna estimación que le proporcionemos, aunque haremos todo lo posible para que reciba sus máximos beneficios. Tenga en cuenta que usted es responsable de su obligación total en caso de que sus beneficios de seguro resulten en menos cobertura de la prevista.

Estándar de política de cuidado

Nuestra principal preocupación es su salud oral completa. Nos esforzamos por ofrecer a todos nuestros pacientes el mejor estándar de cuidado posible. Requerimos radiografías antes de su primera profilaxis (limpieza) y recomendamos radiografías de chequeo una vez al año y radiografías de boca completa cada 5 años. Es la opción del paciente que regresa rechazar las radiografías, aunque sólo durante un período de 14 meses. La garantía del trabajo estará supeditada a mantener una atención preventiva continua con nuestra oficina.

Si tiene alguna pregunta sobre las Políticas de la oficina, hable con cualquiera del personal dental.

Entiendo y acepto acatar las Políticas de la Oficina de Cuidado Dental de Paso Robles

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy _____