

FORMULARIO DE INGRESO (PACIENTES DE 14 AÑOS Y MAYORES)

Fecha (mm/dd/aaaa)

¡Bienvenido, y gracias por elegir a nuestro equipo de salud dental! Nos esforzamos por proporcionar el mejor cuidado dental posible. Para ayudarnos a lograr esta meta, por favor llene estos formularios lo más completamente que pueda, con tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, por favor no dude en preguntarnos.

Si requiere un intérprete especifique el lenguaje:		¿Le ayudo un intérprete con estos formularios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Nombre preferido			
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Otro	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			
Numero de licencia de conducir y Estado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Fue referido a esta clínica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Si la respuesta es sí, ¿quién lo refirió?: _____	
Información de contacto: Por favor proporcione todos los números de teléfono y correo electrónico.			
Correo electrónico _____ Celular _____ Teléfono alternativo _____			
Al proporcionar la información de contacto arriba está consintiendo a recibir comunicaciones electrónicas acerca de sus citas y tratamiento de Advantage Dental.			
Ocupación	Empleador		
Contacto de emergencia	Relación	Teléfono de casa	Teléfono celular

¿Tiene seguro dental? SI NO Si la respuesta es sí, ¿quién es su asegurador?

Asegurador principal	Titular de póliza	Numero de grupo	Identificación de titular	Fecha de nacimiento del titular de póliza
_____	_____	_____	_____	_____
Número de seguro social del titular de póliza _____				
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro				
Asegurador secundario	Titular de póliza	Numero de grupo	Identificación de titular	Fecha de nacimiento del titular de póliza
_____	_____	_____	_____	_____
Número de seguro social del titular de póliza _____				

¿Esta visita es debido a un accidente automovilístico? Si No ¿Esta visita es debido a un accidente en su lugar de empleo? Si No

Si usted está completando estos formularios por el paciente, marque su relación y escriba su nombre:

_____ MADRE PADRE GUARDIAN OTRO _____

Acuerdo de comunicación

Las clínicas de Advantage Dental+ pueden comunicarse conmigo utilizando la información de contacto proporcionada arriba. Estas comunicaciones podrían incluir correo de voz, texto, y/o correo electrónico. Usted puede excluirse en cualquier momento al responder apropiadamente a los mensajes recibidos.

Firma del paciente o guardián: _____ Fecha: _____

Usted puede solicitar una copia de nuestra póliza de privacidad en cualquier momento. Siempre puede encontrar una copia de esta póliza en advantagedental.com/privacy-policy.

Staff Initial _____

HISTORIAL DE SALUD MEDICO Y DENTAL PARA ADULTOS PACIENTES DE 14 AÑOS Y MAYORES

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO

¿Cómo describiría su salud dental actual? _____

Fecha de su última visita dental (Mes/Año): _____ EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO OTRO _____

¿Ha tenido algún problema con tratamiento dental anterior? SI NO Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

¿Tiene algún ruido, salto, incomodidad, o apertura limitada de la mandíbula o articulación? SI NO Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

Por favor indique cualquier pregunta o preocupación acerca de la odontología, su salud dental o la apariencia de sus dientes/sonrisa:

¿Normalmente toma un antibiótico antes de su tratamiento dental? SI NO

Marque todos los siguientes que sean aplicables:

¿Está experimentando dolor o incomodidad dental actualmente? <input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas al comer (dificultad al masticar, vomito, etc.)? <input type="checkbox"/>
¿Padece de mal aliento/halitosis, sabor a metal, o sabor desagradable? <input type="checkbox"/>	¿Tiene dientes flojos? <input type="checkbox"/>
¿Aprieta o rechina sus dientes? <input type="checkbox"/>	¿Sus dientes son sensibles a lo frío, caliente, dulces o presión? <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido alguna herida grave a su cabeza o boca? <input type="checkbox"/>	¿Tiene hinchazón dentro o alrededor de su boca, cara o cuello? <input type="checkbox"/>

¿Está actualmente, o ha estado en el pasado año, bajo el cuidado de un médico? SI NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál(es) es/son la(s) condición(es) que están tratando? _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Marque la casilla al lado de todos los que sean aplicables

Reflujo ácido/Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en ingles) <input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en ingles) <input type="checkbox"/>	Episodios de desmayos/mareos <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/>	Cuidado psiquiátrico/Depresión <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH Positivo <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	Hepatitis B <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/>	Drogadicción <input type="checkbox"/>	Paro/Fallo cardiaco <input type="checkbox"/>	Hepatitis C <input type="checkbox"/>	Reumatismo <input type="checkbox"/>
Anafilaxia <input type="checkbox"/>	Trastorno alimenticio <input type="checkbox"/>	Hemofilia <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/>
Angina/Dolor de pecho <input type="checkbox"/>	Enfisema/Dificultad para respirar <input type="checkbox"/>	Marcapasos cardiaco/Válvula cardiaca artificial <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral <input type="checkbox"/>
Articulación artificial <input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/>	Problemas renales/Dialysis <input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroidea <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Cáncer/Quimio/radiación <input type="checkbox"/>	Sed excesiva <input type="checkbox"/>	Ulceras/Enfermedad intestinal <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/>	TB Activa <input type="checkbox"/>

Proporcione detalles aquí para todas las preguntas donde respondió SI:

¿Está tomando, ha tomado recientemente (dentro del pasado mes), o debería de estar tomando algún medicamento? SI NO

(Recetado, sin receta, suplementos dietéticos, vitaminas, naturales o herbarias)

Si la respuesta es sí, por favor especifique los medicamentos, dosis y frecuencia (Si toma más de 4 medicamentos, por favor proporcione una lista por escrito de todos los medicamentos)

Medicamento Recetado o sin receta	Dosis/Frecuencia	Suplementos Suplementos dietéticos, vitaminas (naturales o herbarias)	Dosis/Frecuencia

¿Ha tomado, esta tomando o esta programado para comenzar a tomar medicamentos bisfosfonatos (enumerados a continuación)? SI NO

Clodronate (Boniva), Pamidronate (Aredia), or Zoledronic Acid (Reclast, Zometa) (Alendronate (Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronate (Didronel), Ibandronate (Boniva), Risedronate (Actonel), Tiludronate (Skelid)

¿Cuál droga, dosis y frecuencia? _____ ¿Para qué? _____ ¿Cuándo fue la última dosis? _____

¿Usa usted? Marque la casilla al lado de todos donde la respuesta es si

Tabaco (fumar, rape, mascar, bidis) <input type="checkbox"/>	Drogas recreativas <input type="checkbox"/>	Medicamentos de receta para razones no-medicas <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es si, ¿esta interesado en parar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		

ALERGIAS

¿Es alérgico a algún medicamento, metal, látex, o ciertos materiales? SI NO Si es así, ¿cuáles son? _____

PACIENTES DIABETICOS

Pacientes diabéticos (por favor responde): ¿Cuándo fue su última prueba de glucosa en la sangre (A1C)? _____ ¿Cuál fue el numero? _____

SOLO PARA MUJERES

¿Está embarazada? SI NO Si la respuesta es sí, numero de semanas: _____ ¿Esta amamantando? SI NO

¿Está tratando de quedar embarazada? SI NO

OTRO

¿Hay alguna otra condición de salud de la que le gustaría que estuviéramos al tanto para mejorar nuestra prestación de cuidado y satisfacer mejor sus necesidades de cuidado de salud oral?

Información de médico de atención primaria

Nombre del médico	Dirección	Ciudad	Número de teléfono
-------------------	-----------	--------	--------------------

Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad el informarle a la oficina dental de cualquier cambio estado médico.

Nombre del paciente (letra de molde): _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente o tutor legal : _____ Fecha: _____

Nombre de la persona firmante si no es el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

OFFICE USE / SO DE OFICINA

Blood Pressure: _____ / _____ Pulse: _____ Height: _____ Weight: _____ Temp: _____ Date: _____

HEALTH HISTORY REVIEWED BY _____ PROVIDER'S SIGNATURE _____ DATE _____

Usted es totalmente responsable por todos los cargos cobrados por esta oficina independientemente de su cobertura de seguro.

Si tiene seguro dental, su porción de los cargos se debe al momento del servicio. Como cortesía, esta oficina podría presentar un reclamo a su aseguradora, pero no garantizamos cualquier beneficio. La cantidad que será pagada por su aseguradora depende de los beneficios de su plan en específico. Si tiene preguntas acerca de la cantidad que su plan pagará o los tratamientos cubiertos por su plan, deberá referir estas preguntas a su compañía de seguro. Además, podría haber un deducible, un factor de coaseguro, y/o un máximo anual para ser considerado.

1. Usted autoriza y dirige pagos de los beneficios dentales a Advantage Dental+ que de otra forma se le pagarían a usted bajo cualquier plan de seguro dental aplicable.
2. Para nuestros pacientes con Medicaid, se le facturarán los costos de servicios cubiertos a Medicaid. En caso de que un servicio no sea cubierto por Medicaid, se le informará antes de que el servicio sea realizado.
3. Se espera pago al momento del servicio, incluyendo la porción estimada de la cantidad que su seguro no cubre. Nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: Efectivo, cheque, tarjeta de crédito, y un grupo financiero de tercera persona (para aquellos que califiquen).
4. Se le enviara por correo un estado de cuentas mensualmente. Se espera recibir el pago dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. El pago deberá ser enviado por correo con la porción especificada del estado de cuentas para establecer el crédito a la cuenta apropiada. Si su compañía de seguro no ha pagado la factura dentro de 30 días, por favor comuníquese directamente con ellos.
5. Usted puede elegir el pagar por teléfono las cantidades debidas en su factura utilizando un método de pago aceptado. En caso de que elija esta opción de pago, podríamos guardar su información de pago de manera segura para hacer pagos futuros bajo su dirección.
6. Su cuenta es considerada delincente si el pago debido solicitado no es recibido dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. Si no se recibe el pago, se evaluará un recargo de 1 ½% por mes (mínimo de \$1.00) y este aparecerá en su próximo estado de cuenta. El porcentaje de la tarifa anual es de 18% o la tasa más alta permitida bajo la ley estatal.
7. La cantidad original además de un cargo de \$35.00 será facturado a su cuenta, por cualquier cheque que sea regresado por cualquier razón. Si se regresa un cheque, no aceptaremos pagos por cheque de su parte en el futuro.
8. Si usted es el padre o tutor legal de un paciente quien recibe tratamiento cuando usted no está presente (ya sea acompañado por una persona autorizada o sin acompañante), usted acuerda a pagar por cualquier servicio/tratamiento realizado en su ausencia.

Usted entiende y acuerda que, si falla en hacer pagos puntuales, usted será responsable por todos los costos de dineros de la colección debida, incluyendo costos de corte, honorarios de agencias de colección, y honorarios del abogado.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entiende la póliza financiera de Advantage Dental+ y acuerda a todos los términos descritos en ella.

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Nombre del paciente

Relación con el paciente

Fecha

Paciente(s): _____ Fecha: _____

Yo, el suscrito, para mi u otra persona por la cual tengo la autoridad de firmar, por la presente doy mi consentimiento para cuidado y tratamiento dental mientras que tal cuidado y tratamiento sea realizado por Advantage Dental+. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todo tratamiento realizado por un dentista de Advantage Dental+ y cualquier otro proveedor dental u otra persona designada bajo la supervisión del dentista, según se considere razonable y necesario.

Entiendo que cualquier tratamiento actual o futuro podría incluir, pero no es limitado a exámenes, profilaxis oral (limpieza dental), tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (rellenos de amalgama o compuesto, coronas o puentes), tratamiento periodontal (de las encías), tratamientos de endodoncia (conducto de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos. Tal tratamiento actual o futuro podría implicar el uso de comunicaciones y tecnologías electrónicas seguras para ofrecer servicios y educación de salud dental virtuales a distancia en vez de en un ambiente de oficina dental tradicional. El tratamiento dental no está exento de posibles complicaciones, las cuales podrían incluir (pero no están limitadas a) dolor, infección, hinchazón, sangrado, moretones, cicatrización retrasada, complicaciones del seno nasal, reacciones alérgicas, rigidez, incomodidad y disminución del rango de movilidad en la(s) articulación(es) mandibular(es), aflojamiento de dientes o restauración de dientes, lesión a otros tejidos y necesidad de tratamiento adicional fuera del ámbito del dentista de tratamiento. Entiendo que podría usarse anestesia tópica, anestesia local y/o anestésico de óxido nitroso por inhalación si es necesario durante el tratamiento y doy mi consentimiento para su uso en mi cuidado y entiendo que el uso de anestésicos podría conllevar un riesgo pequeño de hinchazón, moretones, reacciones alérgicas, cambios en la percepción de dolor, entumecimiento prolongado o en casos extremadamente raros entumecimiento permanente. También entiendo que, en el transcurso de cualquier tratamiento, podría ser necesario modificar el tratamiento previsto debido a condiciones encontradas durante el transcurso normal de tratamiento y cuidado dental. También entiendo y reconozco que mi tratamiento dental podría resultar en un mayor riesgo de ser expuesto a ciertos virus y otros patógenos presentes en la comunidad al momento de mi visita (incluyendo, pero no limitado al nuevo coronavirus/COVID-19, gripe, virus del resfriado, etc.). Existe la posibilidad de que tales patógenos sean transmitidos mediante las gotitas respiratorias o roció fino de agua (aerosol) que podrían estar presentes en una oficina dental. Entiendo que estos riesgos pueden ser mitigados mediante los protocolos de control de infección de la oficina dental y otras medidas preventivas diseñadas para reducir la posibilidad de infección, pero que estos riesgos no pueden ser eliminados en su totalidad.

Entiendo que tengo el derecho de hablar y hacer preguntas acerca de cualquier tratamiento actual o futuro y el propósito, posibles riesgos y beneficios de tal tratamiento, además de cualquier tratamiento alternativo, a fin de hacer una decisión informada acerca de mi cuidado. También entiendo que tengo el derecho de rechazar tratamiento y aceptar las consecuencias posibles de rechazar el tratamiento y que tengo el derecho de discontinuar tratamiento en cualquier momento.

Al firmar a continuación, indico que (1) pretendo que este consentimiento continúe por naturaleza aun después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado tratamiento; y (2) doy mi consentimiento para tratamiento en esta oficina y cualquier otra oficina de Advantage Dental+. Este consentimiento continuara siendo efectivo hasta que sea revocado por escrito.

Consentimiento firmado

Certifico que he leído y entiendo en su totalidad las declaraciones anteriores y doy mi pleno consentimiento para sus contenidos de forma voluntaria.

Firma de paciente o tutor legal [] Paciente menor de 18 años de edad _____
Fecha

Nombre en letra de molde de paciente o tutor legal Relación con el paciente _____

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento de mi(s) niño(s) menor(es) de edad, quien(es) es(son) menor(es) de la edad legal de 18 años de edad, para recibir cuidado y/o tratamiento dental por un dentista de Advantage Dental+. Cualquier cuidado y/o tratamiento dental considerado razonable y necesario puede ser realizado en o sin mi presencia:

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Nombre del Paciente: _____

Pacientes adicionales en la misma familia: _____

* Usted puede rehusar a firmar este reconocimiento*

A mi, _____, se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de no discriminación de esta oficina.

Nombre en letra de molde

Relacion con el paciente

Firma

Fecha

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and Non-Discrimination Notice, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)