

DATOS SOBRE EL PACIENTE

Información sobre el Paciente

Nombre: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____
 E-mail: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____
 Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Marque el Cuadro: Señor Señora Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____
 Persona de Contacto en Caso de Urgencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 ¿Cómo encontró información sobre nuestro consultorio? ¡Por favor, maque el cuadro.
 Amigo Pariente Dentista Médico Website Guía Telefónica Paciente de Zen Dental Otro:

Información de Persona Responsable

(No llenar esta sección si se trata de la misma persona mencionada arriba)

Nombre: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 ¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No Relación con el Paciente: _____
 Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Marque el Cuadro: Señor Señora Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____

Información sobre su Seguro Principal

Nombre del Asegurado: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____
 Relación con el Asegurado: Paciente Esposo(a) Padre/Madre _____ Número de Seguro Social del Asegurado: ____ - ____ - ____
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____
 Numero de Group: _____ Numero de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____

Información sobre el Seguro Adicional

Nombre del Asegurado: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____
 Relación con el Asegurado: Paciente Esposo(a) Padre/Madre _____ Número de Seguro Social del Asegurado: ____ - ____ - ____
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____
 Numero de Group: _____ Numero de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, otras sumas que de otra manera serían pagaderas a mí o a mí nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos por los servicios realizados por el proveedor. Si el reembolso del seguro no es suficiente para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable del pago de la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. También doy mi consentimiento al examen y/o al tratamiento de mí mismo y de todos mis hijos menores nombrados, por parte de medicos, sus asistentes y otros miembros del personal médico. Si no se proporciona toda la información requerida, es posible que se me envíe una factura por los servicios.

Firma del Paciente

Firma de la Persona Responsable

La historia de salud del paciente

Fecha: Nombre (Apellido, Nombre, Oriente): Fecha de nacimiento

Dentista Anterior: Ciudad estado Pais: Último exámen dental:

Doctor en médico: Último examen médico:

¿Fuma o sus productos de tabaco Sí No

Alergia - Seleccione todas las que correspondan:

Aspirina Codeína Eritromicina Látex
 Penicillina Sulfa Fiebre de heno Otras alergias

Información Médica - Seleccione todas las que apliquen:

| | | | |
|--|---|---|---|
| Anemia Enfermedad de la sangre Epilepsia Problemas cardiacos Hemofilia Herpes Alterciones renales Trastornos nerviosos Problemas respiratorios Sinusitis Tumores | Artritis Cáncer Sangrado excesivo Enfermedad cardiovascular Hepatitis A Presion arterial alta Enfermedad del higado Osteoporosis Fiebre Reumática Problemas Estomacales Úlceras | Articulaciones Artificiales Diabetes Glaucoma Soplo en el corazón Hepatitis B SIDA o infección por VIH Presion arterial baja Embarazada/ Amamantamiento Reumatoidea Derrame cerebral | Asma Mareos o desmayos Lesión craneal Marcapasos Hepatitis C Inctericia Alterciones mentales Radioterapia Problemas respiratorios Enfermedad venérea Tuberculosis |
|--|---|---|---|

Otras condiciones:

Medicación - Por favor, indique todos los medicamentos que está

tomando actualmente.

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Marque esta casilla si está tomando medicamentos adicionales que no figuran en esta lista, y traer una lista junto a su cita.

Certifico que he leído y comprendido la información anterior . Reconozco que he respondido las preguntas anteriores correcta a lo mejor de mi capacidad y que cualquier duda que pueda haber tenido han sido contestadas a mi satisfacción. No voy a mantener mi dentista o cualquier miembro o su personal responsable de cualquier error u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Nombre del Padre o Tutor Legal: Relación con el paciente

Al firmar este formulario, certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del padre o tutor legal: Fecha:

Poliza Financiera Para Pacientes

Schuyler Family Dentistry

1325 N. Pacific Hwy.
Woodburn, Oregon 97071
(503)982-5315

En Schuyler family Dentistry nuestra responsabilidad primaria es ayudar nuestros pacientes obtener bien salud oral. En el interés de la practica buena de salud, nuestra oficina a estabilizado una poliza de crédito para ayudar a nuestros pacientes entender su responsabilidad financiero además de recibir cuidado optimo.

- I. Todas cuentas son debidas y se pagan al tiempo de su visita, a menos que ha hecho arreglos con nuestra oficina En cuentas que tienen arreglos de pago, el pago esta debido cuando recibe la factura mensual. Cualquier cuenta que es tarde 30 dias o mas va acumular interés.
- II. Los opciones de paga son DINERO EN EFICTIVO, CHEQUE, VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS, O CARE CREDIT. Care Credit es una línea de crédito que no tiene enganche, cargo anual, o pena por pagando la cuenta temprano, y tiene pagos mensual bajos sin interés.
- III. Cobramos seguros dentales como una cortesía a nuestros pacientes. A un que tenga un reclamo de seguro pendiente va recibir una factura mensual que ensena un balance en su cuenta. No podemos aceptar responsabilidad por colectar un reclame de seguro después de 90 dias o por negociando un reclame discutido. Reembolso por sus servicios es un contrato entre usted su seguro dental. Ultimamente, el paciente es responsable por pago en su cuenta.
- IV. **SE COBRARAN \$60.00 CUANDO NO SE PRESENTAN A SUS CITAS O NI NO CANCELAN SIN DARNOS 24 HORAS DE ANTICIPACION.**
- V. Yo a leído esta poliza de pagos y entiendo que a pesar de tener seguro dental, yo soy responsable por los pagos a mi cuenta. Yo entiendo que cuentas delincuentes pueden ser asignado a una agencia de colección y puedo se cobrado un recargo de \$50. A de mas, si se hace necesario de efectuar colecciones de cualquier cantidad debido en esta o subsiguiente citas, el subscrito esta de acuerdo de pagar todos costos y gastos, incluyendo cargos de abogado. Yo autorizo el doctor para compartir información necesaria para asegurar pago.

Nombre del Paciente: _____

Firma de persona
encargada de
cuenta: _____

Fecha: _____