Bienvenido

Plumb Dental
HEALTHY SMILES ~ HEALTHY LIFE

Nos gustaria darle la bienvenida a Plumb Dental. Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son incommensurables! Nuestro objective es ayudar a alcanzar y mantener una salud oral maxima. Por favor llene estas formas completamente. Lo mejor que nos comunicamos, lo mjeor podremos cuidar de usted. Si tiene alguna pregunta en cualquier momento, por favor pregunte. Estamos encantados de ayurdarle.

Fecha de Hoy ____ /_____ /_____

1. Cuentanos de ti

Nombre_____
Apellido Primer Nombre Medio Inicial
Perfer ser llamado_____ Hembra Hombre
Fecha de nacimiento ___/___/___
SS#_____ DL#_____
Dirrecion de casa_____
_____
Ciudad Estado Zip
Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

de casa_____ # de cellular_____
#de trabajo_____ ext_____
Correro electonico_____
Empleador_____
Dirrecion de trabajo_____
Mejor tiempo para contactarle_____
Referido por_____
Dentista anterior_____
Ultima visita_____
Ultima radrographia_____

2. Informacion de Esposo/a

Nombre_____
Empleador_____
#_____ext_____ Fecha de nacimiento_____
SS#_____DL#_____

3. En causo de un emergencia.....

ay una persona que vive serca de usted, que podemos contactar?
Nombre_____ relacion_____
de casa_____ #de cellular_____

AVISO: Habra una carga de $50.00 por citas quebradas antes de 24 horas.

4. Persona responsable de cuanta

Nombre_____
Dirrecion_____
_____
Ciudad Estado Zip
Empleador_____
SS #_____ DL_____

Yo entiendo y accepto que,(a peser del estado de mi aseguranza,) Yo soy responsible de el balance de mi cuenta, por qualquier trabajo professiona hecho. Yo he leido toda informacion de esta pagina y he complete todas las respuestas. Yo certifico que toda informacion es fiel a lo mejor de mi Conocimiento. Yo les notifico, por cualquier cambio de la informacio ariba.

Firma_____ Fecha_____

5. Aseguranza Dental Primaria

Nombre de aseguranza_____
#de aseguranza_____
de grupo_____
nombre de persona asegurado_____
Relacion del paciente_____
fecha de nacimiento de asegurado___/___/___
Empleado de asegurado_____

6. Tiende aseguranza sencundaria SI__ NO__

Yo autorizo el intercambio de informacion relacionada a la compania de mi aseguranza. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos de mi tratamiento dental.

Firma_____ Fecha_____

You autorizo pago directamente para el dentista nombrado en el grupo de mi beneficios de mi aseguranza de otra modo pagada a mi.

Firma_____ Fecha_____

Historia Medical

Tiene un medico personal? Si_ No_
Nombre de medico
Numero _____ Fecha de ultima visita
A estado hospilitado en elos ultimos 5 anos? Si No
SI es asi, Porque rason. _____
Esta recibiendo Cuidado medical? SI_ NO_
Si es asi, porque rason?_____
Esta tomando resetas de medicamento de contado
SI_ NO_ Profavor endice
cuales?_____
_____

Esta tomando unas de los medicamentos listados? Porfavor circule los que son applicable.

Antacidos	Si	No
Barbituricos	Si	No
Biaxin (Claritomicina)	Si	No
Cardizem, Calan, o Isoptin	Si	No
Diflucan o Sporonox	Si	No
Dilantin o Tegretol	Si	No
Toma medicacion previa antes de su cita	Si	No
Serzone	Si	No
St. John's Mosto o Kava-Kava	Si	No
Tagamet o Prilosec	Si	No

¿Tiene alergia a cualquiere de estos medicamentos?

Aspirina, Ibuprofen, or Tylenol	Si	No
Codiene	Si	No
Anestesia dental	Si	No
Eritromicina	Si	No
Latex	Si	No
Penicilina	Si	No
Sulfa	Si	No
Tetraciclina	Si	No
Otros (por favor especifique)	Si	No

Tobaco, Alcohol, Drogas

Usa Tobaco? Fuma o mastica	Si	No
Cuanto al dia? Cuanto tiempo?		
Quieres quitiar?	Si	No
Toma alcohol?	Si	No

Para Mujeres

Está tomando anticonceptivos?	Si	No
Está embarazada? Cuantas semanas ____	Si	No
Esta dando pecho?	Si	No

Para las siguientes preguntas por favor marque si o no. Sus respuestas son paras nuestros registros, son confidenciales. Nuestro equipo puede hacer adicionales respecto a su salud.

Anemia	Si	No
Asma	Si	No
Artritis	Si	No
Huesos artificiales? Cuando fue colocado?	Si	No
Valvulas artificiales	Si	No
Transfusion de sangre	Si	No
Cancer o Tumor	Si	No
Colitis	Si	No
Defecto cardiaco congenito	Si	No
Diabetes	Si	No
Enfisema/ enfermeda pulmonar	Si	No
Epilepsia	Si	No
Desmayos o mareos	Si	No
Ampollias de fiebre	Si	No
Glaucoma	Si	No
¿Alguna vez ha sido tratado con medicamentos con bisfosfonatos? (Fosamax, Aredia, Zometa, Actonel, Boniva) ¿Si es así cuando?	Si Circule todos los que applicen	No
Ataque al Corazon, serugia, murmullo	Si	No
Stent Cardiaco? cuando fue colocado	Si	No
Hepatitis A,B o C (circle)	Si	No
SIDA/VIH	Si	No
Alta presion	Si	No
Enfermedad del riñón	Si	No
Enfermedad del higado/ictericia	Si	No
Presion arterial baja	Si	No
Prolapso de valvula mitral	Si	No
Marcapasos	Si	No
Abuso de drogas o alcohol	Si	No
Problemas psiquiatricos	Si	No
Radiacion o quimioterapia	Si	No
Problemas respiratorios	Si	No
Fiebre reumatica	Si	No
Convulsiones	Si	No
Problemas de sinusitis	Si	No
Derrame cerebral	Si	No
Tuberculosis (TB)	Si	No
Ulceras	Si	No
Perdida o ganancia involuntaria de peso? Has tomado Fen-phen?	Si	No
Enfermedad venerea	Si	No
Otras condiciones	Si	No

Continuará atras

Plumb Dental
HEALTHY SMILES ~ HEALTHY LIFE

TRUTH IN LENDING (Veracidad en el Préstamo)

Nosotros estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Para hacer esto, es importante que no permitamos que los beneficios dentales sean un factor determinante en el diagnostico. Su tratamiento se basará en sus necesidades y asumimos que está tan preocupado como nosotros por mantener una buena salud.

El pago por los servicios vence en el momento en que los servicios están hechos. Se espera el pago completo en su visita inicial. Aceptamos cash, Master Card, American Express, Visa, o Discover. Si es necesario hacer arreglos para seguir trabajando, queremos ayudarle lo más posible, sin actuar como una institución financiera. Hemos buscado la financiación as fácil en el mercado de hoy.

Las estimaciones numeradas para el tratamiento dental solo se pueden extender por un periodo de ses meses a partir de la fecha indicada. Los cheques y saldos devueltos que tengan más de 90 días estarán sujetos a tarifas de cobro adicionales y cargos por intereses del 1 1/2% por mes.

Con gusto discutiremos su tratamiento propuesto y le enviaremos cualquier pregunta relacionada con su aseguranza. Sin embargo debe darse cuenta de que:

1. Su aseguranza en un contrato entre usted, su empleador, y la compañía de su aseguranza; no somos parte de ese contrato.
2. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas companias de aseguranzas seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán.
3. Las asignaciones de beneficios de la aseguranza se le pagaran. usted será responsable de cualquier tarifa que haya incurrido a través de los servicios que le brinda Plumb Dental, Incorporated.

En consideración al servicio profesional prestado a mí, a petición mía, por el Doctor, acepto pagar, por lo tanto, el valor de dicho Doctor, o su cesionario, en el momento de los servicios prestados. Asimismo, acepto pagar todos los costos de Colecciones, incluida una tarifa de cobro del 40%, los honorarios del abogado y el costo del tribunal si la demanda se instituye a continuación.

Firma:_____ Fecha:_____

Plumb Dental
HEALTHY SMILES ~ HEALTHY LIFE

Formulario de consentimiento de paciente HIPPA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos me son otorgados bajo la Ley de Transferibilidad y Acreditación de Seguros de Salud de 1996 (HIPPA). Entiendo que al firmar este consentimiento, le autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de un tercer pagador (por ejemplo, mi compañía de aseguranza, compañías de financiamiento, etc.);
- las operaciones de atención médica diarias de su práctica.

También se me informó y se me dio el derecho de revisar y asegurar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo ponerme en contacto con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a restricciones de rescisión sobre cómo se utiliza y divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no se requiere que acepte estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso de divulgación que ocurra antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectado.

Firmado este dia ___ de_____,20___.

Nombre Escrito:_____

Relacion del Paciente: _____

Firma: _____

Plumb Dental
HEALTHY SMILES ~ HEALTHY LIFE

Nombre del Paciente_____

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL CUESTIONARIO DE SALUD PARA PROCEDER: Certifico que las respuestas a las preguntas de salud son precisas y correctas según mi leal saber y entender. Dado que un cambio de condición médica o medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia de y estoy de acuerdo en notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita posterior.

Autorizo al Dr. Plumb y / o los asociados o asistentes que designe para realizar los procedimientos que considere necesarios o convenientes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otras personas de las que sea responsable. incluyendo la disposición y / o administración de cualquier sedante (incluido óxido nitroso), analgésico, terapéutico y / u otro agente farmacéutico, incluidos los relacionados con el tratamiento restaurativo, paliativo, terapéutico o quirúrgico.

Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros: hematoma con hematomas, estimulación cardíaca y entumecimiento temporal o raramente, permanente y dolor muscular.Entiendo que es posible que las agujas se rompan durante la administración o anestesia local y que la recuperación quirúrgica de la aguja pueda ser necesaria.

Entiendo que, como parte del tratamiento dental, incluidos los procedimientos preventivos, como limpiezas y odontología básica, incluidos los empastes de todo tipo, los dientes pueden seguir siendo sensibles o incluso posiblemente muy dolorosos durante y después de la finalización del tratamiento. Después de largas citas, los músculos de la mandíbula también pueden estar doloridos o sensibles. Las encías y los tejidos circundantes también pueden ser sensibles o dolorosos durante y / o después del tratamiento. Aunque es raro, también es posible que la lengua, el parche u otros tejidos orales se raspen o laceren inadvertidamente durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, pueden requerirse suturas o tratamiento adicional.

Entiendo que como parte de los artículos de tratamiento dental, incluidos, entre otros, coronas, pequeños instrumentos dentales, componentes de perforación, etc. pueden aspirarse (inhalarse en el sistema respiratorio) o tragarse. Esta situación inusual puede requerir que un médico u hospital tome una serie de radiografías y, en casos excepcionales, puede requerir una broncoscopia u otros procedimientos para garantizar una extracción segura.

Entiendo la necesidad de divulgar al dentista los medicamentos recetados que se toman actualmente o que se han tomado en el pasado, como Phen-Fen. Entiendo que tomar la clase de medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis, como Fosamax, Boniva o Actonel, puede provocar complicaciones por la falta de cicatrización de las mandíbulas tras la cirugía oral o las extracciones dentales.

Asumo voluntariamente todos y cada uno de los posibles riesgos, incluido el riesgo de daños sustanciales y graves, en su caso, que puedan estar asociados con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que pueden lograrse o no, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo o pupilo menor. Reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores pueden haberme sido explicados como necesarios y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma_____ Fecha:_____
(paciente, tutor legal o agente autorizado del paciente.)

Testigo:_____ Fecha:_____

Plumb Dental

HEALTHY SMILES ~ HEALTHY LIFE

ATENCIÓN: IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor lea detenidamente y por completo.

Es necesario que esta carta sea clara y directa para evitar futuros malentendidos, desacuerdos y decepciones. Es vital que nuestros pacientes entiendan nuestra relación con las compañias de seguro. Si usted cree que sus necesidades dentales tienen cobertura, por favor entienda que el contrato que usted tiene representa un acuerdo entre usted y su seguro; no entre nosotros y su compañía. Nosotros no somos propietarios, no tenemos control ó influencia en su seguro. Porque los requisitos del seguro dental son muy complejos, le proveémos assistencia con el proceso como una cortesía.

La responsabilidad primaria de lidiar con la compañía es suya fundamentalmente, no nuestra. Desacuerdos ó malentendidos no son entre nosotros y su compañía de seguro, es en realidad entre usted y su compañia de seguro. Es mas probable que su compañía de seguro le responda a usted directamente si tiene preguntas ó quejas, porque usted es el que paga la poliza.

En caso de que su compañia de seguro rechaze pagar por los servicios que se le ofrecieron, usted sera el único responsable del saldo. El rechazo por parte de su seguro no elimina su responsabilidad financiera con nosotros. No estamos asociados con la compañía de seguro, no le podemos garantizar, prometer, ó declarar sus acciones y decisiones. Asumir que la compañía de seguro ya sea de gobierno ó privada pagará su cuenta puede crear un desastre.

Yo he leído y comprendo.

Firma:_____ Fecha:_____