



PATIENT INFORMATION — ADULT

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Numero de Seguro Social _____

Hombre Mujer Menor Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Direccion _____ Ciudad _____ Zip _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Telefono (domicilio) _____ Celular _____ Telefono (trabajo) _____

¿Donde prefiere recibir llamadas? Casa Trabajo Celular

¿Como sabe acerca de esta clinica? _____

¿En caso de emergencia, a quien debemos contactar?

Nombre _____ Relacion _____ # Trabajo _____ # Casa _____

ISeguro primario

Nombre del asegurado/a _____ Relacion _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ # Trabajo _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____ # Grupo _____ # de identificacion del seguro _____

Seguro adicional

Nombre del asegurado/a _____ Relacion _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ # Trabajo _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____ # Grupo _____ # de identificacion del seguro _____

Arreglos Financieros:

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes metodos de pago. Se espera pagos enteros en cada cita.

Preferencia de pago: Efectivo Cheque personal Trajeta de credito: VISA MasterCard American Express Discover Care Credit

Acuerdo Financiero:

- 1. Se espera el pago al momento del tratamiento.
- 2. Pacientes con seguro se espera pagar sus deducibles y co-payment porciento al momento del tratamiento.
- 3. Si no se pagara a tiempo se le cobrara un 1.75 % al mes (21% annual) en el resto no pagado. Usted podria pagar un cobro de abogado al momento del procedimiento de la oficina de colecciones. El cargo minimo mensual es \$3.00. Un \$15.00 sera cobrado al retorno de cada cheque.

Libertamiento del Seguro:

Entiendo y convengo que las polizas de seguro dental son un acuerdo entre un portador de seguro y mismo. Además, yo entiendo que esta oficina preparara cualesquiera informes y formas necesarios para asistirme en la fabricacion de la coleccion de la compania de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagado directamente a esta oficina sera acreditado a mi cuenta sobre recibo. La oficina del Dr. Young solamente estima el co-pago del seguro. Entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos estan cargados directamente a mi y que yo soy personalmente responsable del pago. Tambien asumo que el responsabilidad a informar a la oficina de Dr. Young acerca de los beneficios que se pudieron haber pagado a otra oficina durante el ano del plan de modo que los maximos anuales puedan ser determinando. Yo autorizo por este medio el libertamiento de cualquier informacion, etc. a mi compania de seguros o las companias o cualquier otra agencia necesaria para la coleccion de este cuenta. Esta libertamiento es solamente con el fin de facilitar la facturacion y reembolso directamente al doctor de los beneficios de seguros. Este autorizacion es eficaz para el presente y todas las demandas de seguro en el futuro.

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA/DENTAL (CONFIDENCIAL)

Informacion de salud: Por favor indique:	SI	NO		Si	NO
¿Esta el niño saludable?	_____	_____	¿Tuberculosis?	_____	_____
¿Tiene el niño dolor ahora?	_____	_____	¿Tratamiento de radiación?	_____	_____
¿Esta niño bajo el cuidado de un médico?	_____	_____	¿Presión sanguínea anormal?	_____	_____
Ha tenido alguna vez:			¿Hepatitis?	_____	_____
¿Condición del corazón anormal?	_____	_____	¿Transfusión de sangre? (Ponga la fecha)	_____	_____
¿Valvula artificial?	_____	_____	¿Enfermedad venereal?	_____	_____
¿Fiebre reumática?	_____	_____	¿SIDA VIH positivo?	_____	_____
¿Usado fen-phen?	_____	_____	¿Alergias? (Especifique)	_____	_____
¿Diabetes?	_____	_____	¿Dolor de mandíbula?	_____	_____
¿Sangramiento anormal?	_____	_____	¿Mujeres, esta usted embarazada?	_____	_____
¿Enplante artificial?	_____	_____	¿Esta tomando Fen-phen?	_____	_____
¿Reacción inusual a drogas o anestésico?	_____	_____	¿Hay alguna otra información acerca de usted que debemos saber?	_____	_____
¿Contraceptivos orales?	_____	_____			
<small>(Antibióticos hacen que contraceptivos orales se hacen ineficaz)</small>					

Certifico que las respuestas a las preguntas de salud estan exactas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Puesto a que un cambio de la condición médica o de medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia de esto, y acuerdo de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita subsiguiente.

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo autorizo a Dr. Young al igual que a sus asociados o asistentes a que el puede designar para realizar esos procedimientos como se puede juzgar necesario o recomendable para mantener mi salud dental o la salud dental del menor de edad u otro individuo por lo cual soy responsable, incluyendo al arreglo y la administración de cualquier sedativo incluyendo el (óxido nítrico) analgésicos, terapéuticos, y/o el otro agente farmacéutico, incluyendo e los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos.

Entiendo que la administración del anestésico local puede causar una reacción inconveniente de los efectos secundarios, que pueden incluir, y no ser limitado a la contusión, hematoma, estímulo cardíaco, entumecimiento temporalmente o raramente, permanente, y dolor del músculo. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir recuperación quirúrgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y la odontología básica, incluyendo los rellenos de todos los tipos, los dientes pueden seguir siendo sensibles o aun posiblemente absolutamente dolorosos, durante y después de la terminación del tratamiento. Las encías y los tejidos finos circundantes puede también ser sensible o doloroso durante y después del tratamiento.

Asumo voluntariamente cualesquiera y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo del daño substancial y serio, si lo hay, que se puede asociar a procedimientos preventivos y operativos generales del tratamiento en esperanzas de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, para mi ventaja o para la ventaja de mi niño o sala de menor importancia. Yo reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos precedentes se han explicado a mi en caso de necesidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

AUTORIZACION Y LIBERTAMIENTO:

Autorizo al dentista a liberar cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examinación rendida a mi durante el periodo de tal cuidado dental a los pagadores de los terceros y/o a otros médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista los beneficios dentales del seguro de otra manera pagables a mi. Yo entiendo que mi portador de seguro dental puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi favor o a favor de los dependientes. Certifico que he contestado todas las preguntas sobre ambos lados de esta forma exactamente y al mejor de mi conocimiento. Sigo por este medio las condiciones contorneadas.

Firma _____ Fecha _____