

Bienvenido a



SUMMIT VIEW DENTAL
&
WELLNESS CENTER

Nombre del paciente _____ Nombre preferido? _____ Fecha:

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad:___ Número de seguro social: _____ Sexo: M
F

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código
postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____

Nombre del cónyuge: _____ ¿Tiene usted niño/norte? No Sí ¿Cuántos? _____

Estado: (Por favor circule uno) Menor Soltero Casado Divorciado Viudo

Contacto de emergencia: Nombre _____ Teléfono #: _____ Relación: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (marque con un círculo todo lo que corresponda) Remitente Seguro de
sitio web Firmar/entrar

Nombre de familia/amigo: _____ Otro _____

Parte Responsable Marque si es igual que el anterior _____

Nombre de la persona responsable de la cuenta _____ Relación con el paciente _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Fecha de
nacimiento: _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____

Para su comodidad, ofrecemos los siguientes métodos de pago:

Por favor circule la opción que prefiera: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito Carecredit/Opciones de financiamiento

Información del seguro Nombre de la compañía de seguros: _____ Grupo#: _____

ID#: _____

Número de teléfono del seguro: _____ Dirección del seguro: _____

Empleador: _____ Número de teléfono del trabajo: _____ Nombre del titular de la
póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Número de seguro social del titular de la póliza: _____
 Relación con el paciente _____

Historia dental Dentista anterior y ubicación: _____
 Veces al día que te cepillas _____ Veces a la semana usas hilo dental _____ ¿Cómo calificarías tu sonrisa(1-10) _____
 ¿Requiere premedicación antibiótica antes de cualquier tratamiento dental? No, en caso afirmativo, explique _____
 ¿Tiene alguno de los siguientes? **Circule todo lo que corresponda** Ansiedad dental roncando Encías rojas, hinchadas y/o sangrantes. Dientes rotos o astillados. Chasquido o dolor en las articulaciones. Dolor en los dientes Llagas o bultos en o cerca de la boca Apretar o rechinar los dientes Dientes sensibles al calor, al frío y/o a los dulces. Empastes perdidos o rotos. Mal aliento.

Historia médica**Nombre del paciente:**

Médico: _____ Número de teléfono del consultorio: _____ Fecha de la última visita: _____
 ¿Estás bajo tratamiento médico ahora? No En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? No En caso afirmativo, explique: _____

¿Está tomando algún medicamento y/o anticoagulantes? No En caso afirmativo, indique: **(traiga una lista que podamos copiar para nuestros registros)** _____

¿Alguna vez has tomado Phen Fen? Sí No ¿Utiliza sustancias controladas? Sí No

¿Usas tabaco? No En caso afirmativo, ¿se usó cómo y durante cuánto tiempo?: _____

¿Alguna vez ha tomado bifosfonatos (Boniva o Fosamax?)

Sí No En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo?

Alergias ¿Es usted alérgico o ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes? **Circule todo lo que corresponda**

Anestésicos locales (por ejemplo, novocaína) Codeína

Penicilina o cualquier otro antibiótico Otro (por favor explique) _____

Caucho de látex _____

Cualquier metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes? **Circule todo lo que corresponda**

Presión arterial alta Convulsiones Enfermedad hepática Enfisema

Presión arterial baja Asma Enfermedad cardíaca Reemplazo de articulaciones

Diabetes Anemia Marcapasos cardíaco ETS _____

Ataque cardíaco Sida/VIH Problemas respiratorios Úlceras de estómago

Soplo cardíaco Problema tiroideo Fiebre reumática Glaucoma

Tobillos hinchados Accidente cerebrovascular Leucemia Fiebre del heno/Alergias

Prolapso de la válvula mitral Tuberculosis Enfermedad renal Radioterapia
 Desmayos Epilepsia/Convulsiones Cáncer Hepatitis/Ictericia
 Otro (por favor
 explique): _____

Sólo mujeres ¿Estás embarazada o crees que podrías estarlo? Sí No
 ¿Eres Enfermería? Sí No ¿Estás tomando anticonceptivos? Sí No

Autorización y liberación

Firma del paciente (o padre si es menor) X _____ Fecha: _____

Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que he tenido la oportunidad de leer la Política de Privacidad de Summit View Dental (acuerdo Hipaa) y entiendo que protegerán mi información de salud para que no se divulgue sin mi consentimiento.

Revisado por la oficina (Únicamente para uso de oficina)

Nombre: _____ Firma X _____ Fecha: _____

Consentimiento para proceder

Autorizo a Summit View Dental y/o a los asociados o personal del consultorio que puedan designar a realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo del cual tengo responsabilidad, incluyendo disposición y/o administración de cualquier sedante (incluido el óxido nitroso), analgésico, terapéutico y/u otros agentes farmacéuticos, incluidos aquellos relacionados con tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestésico local puede causar una reacción externa de efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, hematoma, estimulación cardíaca, dolor muscular y entumecimiento temporal o, en raras ocasiones, permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y es posible que sea necesario retirarlas quirúrgicamente. Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluidos los procedimientos preventivos como limpiezas y odontología básica, incluidos empastes de todo tipo, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso posiblemente bastante dolorosos durante y después de finalizar el tratamiento. Después de citas prolongadas, los músculos de la mandíbula también pueden estar doloridos o sensibles. Las encías y los tejidos circundantes también pueden estar sensibles o dolorosos durante o después del tratamiento. Aunque es poco común, es posible que la lengua, las mejillas u otros tejidos bucales se desgasten o laceren (corten) inadvertidamente durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, es posible que se requieran suturas o tratamiento adicional.

Entiendo que, como parte del tratamiento dental, se pueden aspirar (inhalar hacia el sistema respiratorio) o tragar artículos que incluyen, entre otros, coronas, pequeños instrumentos dentales, componentes de taladros, etc. Esta situación inusual puede requerir que un médico u hospital tome una serie de radiografías y, en casos raros, puede requerir broncoscopia u otros procedimientos para garantizar una extracción segura. Entiendo la necesidad de informar al dentista sobre cualquier medicamento recetado que esté tomando actualmente o que haya tomado en el pasado, como Phen-Fen. Entiendo que tomar la clase de medicamentos para la prevención de la

osteoporosis, como Fosamax, Boniva, Actonel, puede resultar en complicaciones de falta de curación de los huesos de la mandíbula después de una cirugía oral o extracciones dentales.

Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos posibles de daño sustancial y grave, si los hubiere, que puedan estar asociados con 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 de beneficio de mi hijo menor o tutelado. Reconozco que me han explicado la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores, si es necesario, y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

También reconozco que todas las respuestas anteriores y la información proporcionada en todos los formularios completados son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud o hay cambios en la salud de mi hijo, informaré a Summit View Dental en la próxima cita sin falta. Si no se informan los cambios, acepto que cualquier daño incurrido será de mi exclusiva responsabilidad, financiera y legalmente. Reconozco que tengo derecho a rechazar el tratamiento, momento en el cual debo firmar los formularios de rechazo correspondientes. Acepto que seré responsable de cualquier daño incurrido si el tratamiento prescrito no se brinda dentro del período de tiempo razonable prescrito.

X _____ X _____ Fecha _____

Nombre del Paciente Firma del Paciente o tutor legal

Declaración financiera y de veracidad en los préstamos de Office

Nos alegra que haya elegido Summit View Dental como su proveedor dental.

Aceptamos muchos seguros diferentes para beneficiar a nuestros pacientes. Como condición para su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. Esta práctica depende del reembolso de nuestros pacientes por los costos incurridos en su atención para seguir siendo viable. **Por lo tanto, la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.**

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que es su responsabilidad proporcionar información de seguro correcta/actualizada de manera oportuna. Todos los servicios dentales prestados se cobran directamente al paciente y él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios incluso si el seguro no los cubre. Summit View Dental se complace en enviar formularios de seguro y ayudar a resolver reclamos pendientes a la compañía de seguros designada por usted. **Debe comprender que no todas las compañías de seguros pagan la totalidad de los servicios estimados prestados. Sin embargo, independientemente de la cobertura del seguro, acepto que es y seguirá siendo mi responsabilidad pagar todos los montos adeudados según lo establecido en este documento.**

Acepto que se acumularán intereses sobre todos los montos vencidos a una tasa del 18% anual (1,5% mensual) hasta que se paguen en su totalidad. En caso de que algún monto sea remitido a una agencia de cobro de deudas de terceros, acepto que, además de cualquier otro monto permitido por la ley (como intereses, costos judiciales, honorarios razonables de abogados, etc.) También seré responsable de una tarifa de cobro de hasta el 40% del monto principal adeudado según lo permitido por el Código Anotado de Utah, sección 12-1-11. Los términos de este

párrafo se aplicarán a todos los montos incurridos por mí o por cualquier individuo por quien tenga responsabilidad legal, ya sean dichos montos incurridos hoy o después de hoy.

Por la presente doy mi consentimiento para que me contacten por teléfono a cualquier número de teléfono (incluidos, entre otros, números de teléfono inalámbrico/celular) proporcionado por mí o cualquier persona asociada conmigo o que actúe en mi nombre a Summit View Dental o cualquier persona que actúe en su nombre. Entiendo que estoy de acuerdo en que todo esto puede ser iniciado por Summit View Dental o cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas o cesionarios, incluidos, entre otros, compañías de facturación o agencias de cobro de terceros, y que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz grabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática y/o el uso de mensajes de texto, algunos o todos los cuales pueden generar cargos por datos. También doy mi consentimiento para recibir correo electrónico en cualquier correo electrónico proporcionado por mí o por cualquier persona asociada conmigo o que actúe en mi nombre.

Acepto que si no se pueden realizar los pagos en el momento del servicio, se puede negar el tratamiento y soy responsable de los costos incurridos. Acepto que cualquier acuerdo verbal de pago es un acuerdo legal y estaré sujeto a dichos acuerdos hasta que se liquide el saldo de mi cuenta.

Entiendo que habrá un cargo de \$25 por todos los cheques devueltos. Entiendo que después de que se devuelve un cheque, el único método de pago que esta oficina puede aceptar es efectivo o crédito.

Entiendo que se requiere un aviso de 24 a 48 horas para cancelar una cita. Para mantener los costos bajos, acepto que debo estar en cada cita según lo acordado y programado. **Se cobrará un mínimo de \$60.00 por hora por citas incumplidas o fallidas.**

X _____ X _____ Fecha _____

Nombre del Paciente Firma del Paciente o tutor legal