

# Bienvenido!

Gracias por haber seleccionado nuestra practica para su cuidado dental! Nosotros nos esforzamos por proveerle a nuestros pacientes con el mejor posible cuidado dental. Para ayudarnos a nosotros a alcanzar todas sus necesidades dentales. Por favor complete esta forma: Si usted tiene alguna pregunta ó necesita asistencia, por pavor preguntenos. Nosotros estamos muy contentos en ayudarle.

Date/Fecha \_\_\_\_\_ SSN/Número de seguro social \_\_\_\_\_

Patient Information (Confidential)

## Información del Paciente (Confidencial)

Male

Female

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

Birthdate/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Home Phone/Telefono del hogar \_\_\_\_\_

Work Phone/ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_ Cell Phone/Número del celular \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Apt# \_\_\_\_\_ City/State/Zip/ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección del correo-e \_\_\_\_\_

Married/Casado \_\_\_\_\_ Single/Soltero \_\_\_\_\_ Child/Niño \_\_\_\_\_ Other/Otros \_\_\_\_\_

Is Patient a Student/Es el paciente estudiante? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Patient's or Parent's Employer

Compañía o patron con quien trabaja el paciente? \_\_\_\_\_

Whom May We Thank for Referring You

A quien le damos las gracias por haberlo referido? \_\_\_\_\_

Person to Contact in Case of Emergency /Persona a notificar en caso de

Emergencia \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

## Responsible Party / Persona Responsable

Name of Person Responsible for this Account

Nombre de la Persona responsable por esta cuenta \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Apt # \_\_\_\_\_ City/State/Zip/ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Birthdate/ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN/ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Home Phone/ Telefono del hogar \_\_\_\_\_

Employer/Patron \_\_\_\_\_

Work Phone/Telefono del trabajo \_\_\_\_\_ Cell Phone/Número del celular \_\_\_\_\_

Is this person currently a patient in our office/Es usted paciente en nuestra oficina? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Insurance Information/**Información del seguro o plan dental**

Name of Insured/Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Birthdate/ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN/ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Home Phone/ Telefono del hogar \_\_\_\_\_ Employer/ Patron \_\_\_\_\_

Work Phone/ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

Insurance Company/Seguro Dental \_\_\_\_\_

Group Number/Número de Grupo \_\_\_\_\_

Insurance Co. Address/ Dirección del Plan Dental

\_\_\_\_\_

City/State/Zip/ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

DO YOU HAVE ADDITIONAL INSURANCE/Tiene usted otro plan dental?

YES/Sí \_\_\_ No \_\_\_ Relationship to Patient/ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Name of Insured/Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Birthdate/ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN/ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Home Phone/ Telefono del hogar \_\_\_\_\_ Employer/ Patron \_\_\_\_\_

Work Phone/ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

Insurance Company/Seguro Dental \_\_\_\_\_

Group Number/ **Número de Grupo** \_\_\_\_\_

Insurance Co. Address/ Dirección **del Plan Dental**

\_\_\_\_\_

City/State/Zip/ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Patient Medical History/*Historia Medica del Paciente*

Doctor \_\_\_\_\_

Office Phone/Telefono de la oficina \_\_\_\_\_

Sí No

1. Are you currently under medical treatment? Esta usted. al presente en algún tratamiento medico?

2. Within the last 5 years, have you ever been hospitalized for any surgical operation or serious illness? If so, please explain/ En los últimos 5 años, ha estado usted hospitalizado por alguna operación ó enfermedad seria? Sí ha estado, por favor explique. \_\_\_\_\_

3. Are you taking any medication(s) including non-prescription medicine? /Esta usted tomando medicamentos incluyendo medicinas sin receta?

- 4. Do you have a cardiac pacemaker? Tiene usted un marca pasos?
- 5. Do you use tobacco products? Usa usted productos de tabaco?
- 6. Do you use controlled substances? Usa usted sustancias controladas?
- 7. Do you take blood thinners (i.e. COUMADIN, PLAVIX)? Toma usted anticoagulantes (i.e. COUMADIN, PLAVIX)
- 8. Do you take medications? If so, please list/Esta usted tomando medicamentos, sí es así por favor anótelos. \_\_\_\_\_

9. Por favor haga un círculo a lo que usted es alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente:

Algún metal (e.g. nickel, mercury, etc)	Aspirina	Barbitúricos
Codeína	Goma latex	Anestesia local (e.g. novocaine)
Penicilina	Sedativos	Medicamentos de Sulfa
Other/Otros _____		

10. Mujeres Solamente:	Si	No
Esta usted embarazada o cree que lo puede estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta usted lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta usted tomando contraceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Cuando fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_  
 Cual fue la razón de esa visita? \_\_\_\_\_

12. Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes?

	Sí	No		Sí	No
Enfermedades del VIH(HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos/Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la valvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reemplazo o implante de coyuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emfermedad del higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eliminación del bazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de trasmición sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales/Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Consent for Services/Consentimiento para Servicios Dentales

Como una condición de su tratamiento en esta oficina, arreglo financiero debe ser hecho por adelantado. La oficina depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado dental y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

-----

Todo servicio de emergencia dental o cualquier servicio dental dado sin arreglo financiero previo, debe ser pago al momento que el servicio es dado.

Pacientes con seguro dental entienden que todos los servicios dentales son cargados directamente al paciente y el paciente es personalmente responsable por los pagos de todo servicio dental. Esta oficina ayuda a los pacientes a llenar las formas de los planes dentales o le ayudamos para que pueda hacer el cobro del seguro dental y le acreditamos cobro hecho del plan a su cuenta. Sin embargo, esta oficina dental no puede dar servicios dentales con la suposición de que nuestros cargos serán pagos por un seguro dental. El recargo por cheques devueltos es \$30.00.

Un recargo de 1 ½% por mes (18% anual) serán cargados a las cuentas con balance sin pagar que sobrepasen 60 días, a menos que por escrito haya un arreglo financiero previamente satisfecho. Yo entiendo que si mi cuenta es entregada a una agencia de colección de delincuencias, una colección y/ó un cargo por abogado de 35% y todo los gastos conectados con la colección serán sumado a mi balance y se debera a la agencia de colección por mí.

Yo entiendo que el cargo estimado por este servicio dental solamente puede ser extendido por un periodo de seis meses comenzando de la fecha que el paciente tuvo el examen dental.

En consideración por los servicios profesionales rendidos a mí, o a petición mía, por el doctor, yo estoy de acuerdo que el precio razonable de los servicios mencionados deben ser facturados al menos que sean objetados por mí en escrito dentro del tiempo para el pago. En adición, estoy de acuerdo que el no cumplir con cualquiera de las condiciones arriba mencionadas eso deberá constituir un permiso de cualquier plazo de tiempo adicional ó condición y también yo estoy de acuerdo a pagar todo costo y cargos razonables de un abogado si una demanda resultará.

Yo doy mi permiso a usted o a la persona asignada de telefonarme a casa o a mi trabajo para discutir cualquier asunto relacionado con esta forma.

Yo leí las condiciones de tratamiento dental y de pago y estoy de acuerdo al consentimiento de estas.

\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente\_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o guardian

\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Firma de la persona responsable por el pago de esta cuenta

## *POLIZA FINANCIERA DE GRUPO DENTAL BERGER, P.A.*

El pago se vence cuando el servicio dental es completado.

Los pagos pueden ser hechos en efectivo, cheque, o tarjeta de credito(Visa, Master Card, American Express, y Discover). Pagos por tratamientos no específicamente cubierto o cubiertos completo por el plan dental son vencidos al momento que el servicio dental sea completado. Esto incluye deducibles y co-pagos.

-----

METODOS DE PAGO

PAGOS COMPLETO:

Pago al contado, cheque o tarjeta de credito son aceptados el mismo día antes de tratamiento. El pago enviado por el plan dental ira directamente al paciente.

PAGOS HECHOS POR SEGURO DENTAL:

Pagos hechos por el plan dental son hechos a Grupo Dental Berger, P.A. El paciente pagará la diferencia estimada al momento que el servicio dental es completado. Al final de esta forma hay un espacio dónde usted puede firmar y esta firma da a la oficina el consentimiento a cargarle a su tarjeta de credito cualquier diferencia que el plan dental no pague.

Estimados (Plan de pagos):

Estimados de la porción de pago por parte del paciente para cubrir cualquier diferencia en la cubierta del plan dental sera hecho al momento del servicio dental. La oficina aceptara el pago del plan dental y le enviara al paciente la cuenta de algún balance que permanesca. O se le devolvera al paciente cualquier sobrepago.

Yo lei este documento y entiendo que esto es una explicación de la poliza firanciera y del plan dental de Grupo Dental Berger,P.A., y yo estoy de acuerdo a cumplir.

Yo asigno mis beneficios del plan dental al proveedor, mencionado arriba. Yo entiendo que esta forma es valida por un ano al menos que yo cancele la autorización por escrito.

Firma\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

EASY PAY CONSENT (RECOMMENDED)

Consentimiento de pago con targeta(RECOMENDADO)

PATIENT NAME/ Nombre de Paciente:\_\_\_\_\_

Nombre de la persona a quien la tarjeta esta: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Grupo Dental Berger, P.A. y asociados el derecho a mantener mi firma en archivo y cargar cualquier cargos al presente a mi Visa, Master Card, American Express o Discover Card.

Firma Autorizada\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

X-RAYS (REQUIRED)RADIOGRAFIA (REQUERIDO)

Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier radiografía que mi plan dental no cubra por cualquier razón.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

-----