

UNISON DENTAL/URGENT DENTAL CARE

TOGETHER WE SMILE

Por favor de Completar la Registracion del Paciente Y Historia Medica:

Fecha de hoy: _____

Nombre Legal: _____

Direccion : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono(Hogar): _____ Tel.(Trabajo) _____ Tel. Celular: _____

#Licencia: _____ # de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Estudiante: SI ___ NO ___ Escuela: _____

Soltero(a): _____ Casado(a): _____ Divorciado(a): _____ Viudo(a): _____

PERSONA RESPONSABLE FINANCIAMENTE

Nombre Legal : _____

Direccion : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

#Licencia: _____ # de Seguro Social: _____ Lugar de Empleo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___

INFORMACION DE ASEGURANZA

Nombre del Empleado: _____ #de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Emplador: _____ Telefono: _____

Co. de Aseguranza: _____ # de Grupo: _____ #ID del Empleado: _____

Direccion de Aseguranza: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal _____

Tiene doble cobertura?: _____

Yo autorizo asignacion o pagos de todos los beneficios dentales y/o sirugias quericibi yo o otro miembro de me familia, incluyendo aseguranza dental privada y otro grupo de plan medico, beneficios seran pagados al nombre de Unison Dental/Urgent Dental Care.

(PARA USO DE OFFICINA SOLAMENTE)

Effective Date _____

Name of INS Rep _____

Annual Maximum Benefit \$ _____ Used _____

Deductible: Have they been met? Yes NO

_____ % Preventive

_____ \$ Preventive

_____ % Basic

_____ \$ Standard

_____ % Major _____ \$ Other

Oral Surgery-- Perio-- Endodontics

Missing Tooth Clause YES NO

Any Other information: _____

Por Favor de leer y contestar siguientes Preguntas. Historia Medica dental

Nombre de paciente: _____

Nombre de medico: _____ Numero De telefono () __ - _____

Aproximadamente cuando fue su ultimo examen fisico(fecha) _____

Historia Médica del Paciente

Si No

(S) (N) 1. Esta teniendo dolor o molestias en este momento?

(S) (N) 2. Se siente nervioso de tener tratamiento dental?

(S) (N) 3. A sido hospitalizado durante los ultimos dos años?

Nombre de Medico: _____ Tipo de Oficina _____

Direction: _____ Numero de Telefono _____

(S) (N) 4. A tomado algun tipo de medicamento o drogas en los ultimos dos años?

Si la Respuesta es si, liste _____

(S) (N) 5. Es usted alérgico o a tenido una reacción negativa a cualquiera de lo siguiente?

__ Aspirina	__ Erythromycin	__ Latex
__ Codeína	__ Penicilina	__ Acetaminophen
__ Ibuprofen	__ Tetraciclina	__ Barbiturico
__ Anestesia Local	__ Sulfa Drugs	__ Oxido Nitroso

Usted tiene alguna otra alergia, Liste _____

Marque cualquiera de los siguientes, que a tenido o tiene en el presente:

__ Soplo de corazón	__ Radiaciones	__ Herpes
__ Problema Cardiaco	__ Problemas de sangrado	__ Epilepsias
__ Historia de Abuso de Drogas	__ Atención siquiátrica	__ Desmayos
__ Válvula artificial del Corazón	__ Problemas Respiratorios	__ Ulceras
__ Fiebre reumática	__ Tos crónica	
__ Anemia	__ Sinusitis	
__ Enfermedad de la sangre	__ Hepatitis A	
__ Cirugía de Corazón	__ Hepatitis B	
__ Tendones artificiales	__ Hepatitis C	
__ Presión alta	__ Problemas de hígado	
__ Golpe	__ VIH Positivo	
__ Diabetes	__ SIDA	
__ Problemas de los riñones	__ Enfermedades de transmisión Sexual	
__ Cáncer O Tumor	__ Ampollas de fiebre	

Solo Para Mujeres

__ Esta usted embarazada? Cuando se Alivia? _____

__ Esta tomando anticonceptivos orales? _____

Consentimiento

1. Entiendo que la susodicha información es necesaria para proveer de mí del cuidado dental en una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas sinceramente y a lo mejor de mi conocimiento.
2. El suscrito por la presente autoriza al doctor para tomar rayos X, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otro artículo diagnóstico considerado apropiado por el doctor para hacer un diagnóstico cuidadoso de las necesidades dentales del paciente.
3. También autorizo al doctor para realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente convenido por mí y usar la medicación apropiada y la terapia indicada para tal tratamiento en la conexión con (nombre de Paciente) _____ entiendo que la utilización de agentes de anestesia \ incorpora un cierto riesgo. además, autorizo y consiento a aquel doctor escogen y emplean tal ayuda como considerado apto para proporcionar el tratamiento recomendado.
4. Reconozco que he repasado la Política HIPPA de la oficina, y puedo recibir una copia en mi petición
5. Entiendo que toda la responsabilidad del pago para servicios dentales proporcionados en esta oficina para mi dependiente o mí es mi responsabilidad. Pago vencido de los servicios que sen han proporcionados a no ser que otras disposiciones hayan sido hechas.
6. Sí acaso su cuenta sea enviada a colecciones, el que firmó el contrato se convendrá a pagar todos los gastos para recuperar la deuda, incluyendo, pero no limitado a, interés en la cantidad de 18% por año, cobros del abogado, costos judiciales, y cobros de colecciones en la

cantidad de 40%. La obligación para pagar las cuotas de colecciones será impuesta al tiempo de asignación de la deuda a una agencia de colecciones de deudas.