

Formulario de Paciente Nuevo

Goose Creek Family & Cosmetic Dentistry

Gracias por escoger nuestra oficina para su cuidado dental. Su salud dental es muy importante para nosotros.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
SS#: _____ Masculino or Femenino (porfavor circule)

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefono de casa: _____ Tel.trabajo: _____ Cell: _____

Correo electronico: _____ Empleo: _____

Tiene usted seguro dental? _____ Quien carga el seguro dental? _____

Nombre de su esposo (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

En caso de alguna emergencia, por favor llame a : _____ tel. #: _____

Cuando fue la ultima vez que fue con un dentista? _____

Como podemos ayudar a que su cita sea mas placentera?: _____

Recibo del Aviso de Las Reglas de Privacidad de la Practica

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de Privacidad de esta practica.

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso de la oficina solamente:

Hemos tratado de obtener la firma de HIPAA del paciente, pero no la hemos podido obtener por el siguiente motivo:

- Paciente reusa a firmar
- Barreras de comunicacion lo han prohibido.
- Una situacion de emergencia no permitio que obtubieramos la firma,
- Otra: {especifique} _____

Formulario de Paciente Nuevo

Goose Creek Family & Cosmetic Dentistry

Adulto: Informacion medica y dental del paciente:

Nombre de el doctor medico: _____ Tel. # _____

Dia de su ultimo examen fisico: _____

El tratamiento de sus dientes, encias, quijadas y toda su salud dental depende muchos factores. Nuestro exito depende de una evaluacion complete. Las siguientes preguntas tienen que ver con su salud dental. Cada factor tiene una influencia contributiva.

Medica: ha sido hospitalizado recientemente? _____ No _____ Si

Esta tomando algun medicamento? _____ No _____ Si, que

medicamentos: _____

- ____ Marcapasos _____ Tiroides
____ Problemas de el Corazon _____ Tumors, Cancer
____ Fiebre Reumatica _____ Reemplazo de la articulacion
____ Soplo Cardiaco _____ Sistema Endocrino o trastorno glandular
____ Ataque Cardiaco _____ Terapia de radiacion
____ Asma _____ Fieres altas
____ Enfermedad hepatica o renal _____ Trastorno de la sangre/ anticoagulantes
____ Hepatitis _____ Tuberculosis o Nuemonia
____ AIDS/SIDA _____ Problemas Respiratorios
____ Presion arterial alta/baja _____ Nervioso/Trastornos emocionales
____ Diabetes _____ Mejures: Estas en cinta/Embarazada
____ Epilepsia _____ Fuma
____ Transfuciones de sangre {en menos de 5 años} _____ Medicamentos para Esteoporosis {huesos}
____ Alergias a algun medicamento: Por favor de listar _____

Dental: Tienes alguno o alguna vez has tenido:

- 1. Cirugia periodontal? {escalado de la encia/raspado y alisado radicular} _____ Cuando? _____
2. Ortodoncia {frenos}? _____ Cuando? _____
3. Dentaduras completas o parciales? _____ las usa? _____
4. Puente fijo? _____
5. Algun dolor en la boca o dolor agudo? _____
6. Ulceras en la boca que no mejoran? _____
7. Quemazon en la lengua ? _____
8. Encias que le sangran? _____
9. Olor o sabor desagradable en la boca? _____
10. Se le acumula comida entre los dientes? _____
11. Problemas mandibulares? (dolor, chasquear, restallar, dislocado) _____
12. Aprieta o rechina sus dientes? _____
13. Esta Consiente de su sonrisa? _____
14. Necesita instrucciones en como limpiarse los dientes con hilo dental? _____
15. Cree que necesite ir a un especialista de encias? _____

Por favor dejenos saber, en una o dos oraciones, como podemos ayudarlo con encias y dientes:

Health History Verified _____ Firma de el paciente _____

Staff _____ Dr. _____

Goose Creek Family & Cosmetic Dentistry

Poliza Financiera y Consentimiento de Servicios

Ryan N. Gilreath, DMD Scott R. Antonio, DMD Andrew J. Ponton, DMD

Pacientes con seguro dental porfavor lean y firmen lo siguiente: Favor de firmar abajo para poder avanzar en el proceso y mandar la factura dental a su seguro. Gracias

Yo autorizo a los doctores Dr. Ryan Gilreath, Dr. Scott Antonio, & Dr. Andrew Ponton a mandar la factura dental a mi seguro para el pago de mis cuetas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Poliza Financiera: Nosotros aceptamos la mayoría de tarjetas de credito y le garantizamos que enviaremos rapidamente los biles dentales a su seguro para acreditar a su cuenta. Le pedimos que traiga su tarjeta dental o papeles del seguro. Sabemos que surjiran preguntas sobre los diferentes seguros, pero estamos siempre dispuestos para aclarar cualquier duda que usted tenga. Haremos lo posible para ayudarle a usted a recibir los beneficios de su seguro al maximo, pero tenga en cuenta que los terminos entre su seguro y usted es un contrato entre su seguro y su empleador. El deductible y el porcentaje que su seguro no cubre, debe de pagarse el dia de su visita. Todo costo de su tratamiento en vencido el dia que los servicios son rendidos. Al firmar abajo, el paciente esta de acuerdo con los terminos y condiciones de la poliza financiera.

1. Hay un cargo de \$50.00 en todos los cheques devueltos..
2. Nos reservamos el derecho de cobrar un incremento de \$50 si no cancela su cita con un aviso de 24hr o mas.
3. Yo entiendo y me comprometo a pagar algun balance en mi cueta dentro de 90 dias. Si esto no es posible, entiendo que mi cuenta puede ser sujeto del departamento de colecciones.
4. Yo entiendo y me comprometo a que, finalmente, yo soy responsable de los pagos en mi cuenta. Como el fiador tambien soy responsable de algun balance en la cuenta de mi familia.

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____

Firma del Fiador: _____ **Fecha:** _____

***Si esta satisfecho con su visita con nosotros, REFIERANOS a sus amigos!
Para promociones y cupones, siguenos en Facebook- Goose Creek Family and
Cosmetic Dentistry!***

**Consentimiento de Goose Creek Family Dentistry
Para tratamiento dental durante COVID-19**

1. Yo, _____, consiente y voluntariamente doy consentimiento de tener un tratamiento dental completado durante el COVID-19 pandemia en Goose Creek Family Dentistry.
2. Entiendo que los portadores del COVID-19 virus no puede presentar ningún síntoma, y si lo hacen, el virus tiene un largo período de incubación de hasta 14 días o más antes de que los síntomas sean evidentes. Por lo tanto, antes de la confirmación de la infección con pruebas específicas de COVID-19, es imposible determinar quién ha sido infectado y puede transmitirlo a otros. _____ (Iniciales)
3. Entiendo que los CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos seis (6) pies para reducir la transmisión del virus, y que esto es imposible con el tratamiento dental. _____ (Iniciales)
4. 4. ¿Alguien en su hogar ha sido examinado para COVID19 en los últimos cuatro días? _____ **Si** _____ **No**

Confirmo que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas enumerados aquí:

- **Fiebre** • **Dificultad para respirar** • **Tos seca** • **goteo nasal** • **Dolor de garganta** _____ (Iniciales)

Entiendo que los viajes aéreos, así como otras formas de tránsito masivo, aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Verifico que no he viajado en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. _____ (Iniciales)

Nombre - Firma

Fecha