

The Smile Spot

Nuevo Paciente

Información del Paciente:

La Fecha de Hoy: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Anos: _____ M / F

Dirección de Casa: _____

Teléfono Primerio: _____ Teléfono Segundo: _____

Raza/Origen Étnico: _____ Lenguaje Primario: _____

Padre / Guardián (Si Aplicable): _____ Relación al Paciente: _____

Correo Electronico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia & Telefono: _____

Razón para la cita de hoy: _____

¿Cómo escucho de nuestra oficina? Amigo / Familia Empleado Otro: _____

¿Estás nervioso por tratamiento dental? SI / NO Ensillas sangran o irritados? SI / NO

¿Son sus dientes sensibles? Caliente Frio Dulces Presión

¿Te gustas como se ven sus dientes? SI / NO

¿Si no, por qué?: _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? SI / NO

¿Si es así, por qué?: _____

¿Estas tomando alguna medicación? SI / NO

¿Si es así, por qué y para que?: _____

¿Fumas? SI, _____ / día NO Usas drogas recreativo? SI / NO

¿Estas embarazada? SI, _____ meses NO N/A Si es así, tiene una nota del doctor? YES / NO

Circula cualquiera del siguiente que usted ha tenido o tiene en presente:

ADD/ADHD	Glaucoma	Reumatismo	Tuberculosis	Cáncer / Chemo
Asma	AIDS/HIV	Problemas de Tiroides	Problemas de riñón	Enfisema
Hepatitis	Diabetes	Osteoporosis	Enfermedad / Ataque / Soplo del corazón	
Hipertensión	Other: _____			

Circula cualquiera de las medicinas siguientes usted es alérgico a:

Aspirina / Tylenol / Ibuprofeno	Los barbitúricos / Sedantes / Pastillas para Dormir	Látex	
Penicilina / Antibióticos	Codeína / Narcóticos	Sulfamidas	Anestesia / Lidocaína
Other: _____			

He respondo a todas las preguntas anteriores a lo mejor de mi conocimiento. Si ha habido algún cambio en mi seguro, la salud o la medicación, lo que tengo y / o informare a mi dentista durante mi próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Guardián

Fecha de Hoy

SOLO PARA OFICINA

Dr

Weight

Date

© 2017 The Smile Spot

The Smile Spot
New Patient Insurance / Payment Responsibility

Información del Seguro:

Nombre del Paciente: _____

Compañía de Seguros: _____

Numero de Teléfono del Seguro: _____

El nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección de Casa (si es diferente del paciente): _____

Numero de Teléfono (si es diferente del paciente): _____

Relación al Paciente: _____

¿Existe un Seguro Secundario? SI / NO

Secundario Compañía de Seguros: _____

Numero de Teléfono del Seguro Secundario: _____

El nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección de Casa (si es diferente del paciente): _____

Numero de Teléfono (si es diferente del paciente): _____

Relación al Paciente: _____

Al firmar abajo, entiendo que cualquier precio que me dio The Smile Spot son una estimación basada en la información dada por mi compañía de seguros, y cualquier cantidad no pagada por mi compañía de seguros / empresas llegarán a ser mi responsabilidad. Yo entiendo que si tengo un seguro secundario, no hay garantía de que tendrán que pagar la cantidad estimada total . He respondido a toda la información a lo mejor de mi conocimiento y habilidad. Si hay algún cambio en mi seguro, la salud o la medicación , que alertará al consultorio dental tan pronto como sea posible .

Firma del Paciente / Padre / Guardián

Fecha de Hoy

HIPAA RECONOCE

(Para el Uso y o la Revelación de Información Protegida de Salud)

THE SMILE SPOT EI CONSENTIMIENTO DE REVELACION

1. Autorizo al medio / personal de tomar las radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro ayuda diagnosticas consideradas apropiadas por el medio para hacer un diagnóstico profundo de las necesidades dentales de mi / la paciente.
2. Autorizo al médico para realizar todo el tratamiento recomendado de acuerdo entre mí y el medico / personal, y de usar el medicamento y la terapia apropiada indicada para dicho tratamiento.
3. Entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Además, yo autorizo y consiento que el medico pueda elegir y contratar la asistencia que considere conveniente para proporcionar tratamiento recomendado.
4. He respondo a todas las preguntas anteriores a lo mejor de mi conocimiento. Si ha habido algún cambio en mi seguro, la salud o la medicación, lo que tengo y / o informare a mi dentista durante mi próxima cita.

Firma de Paciente: _____ Date: _____

Firma de Padre de Paciente: _____ Date: _____

Yo por la presente doy consentimiento a **THE SMILE SPOT** utilizar y revelar mi información protegida de la salud para el propósito de tratamiento, operaciones de pago y asistencia médica.

Puede cancelar este consentimiento en cualquier momento. Su cancelación debe ser por escrito, firmado y entregado a la dirección abajo. Puede entregar esto en persona o por correo pero sólo podrá ser efectivo cuando lo recibamos.

Tiene el derecho de solicitar restricción en el uso y revelación de su información de salud para el propósito de tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Nosotros no somos requeridos a otorgar su petición, sin embargo si hacemos, la restricción será obligatoria a nosotros.

Nuestra Póliza Anunciada de la Intimidad proporciona información más detallada sobre el uso y la revelación para su información protegida de la salud. Tiene el derecho de revisar nuestra Póliza Anunciada de Intimidad antes que firme este consentimiento.

Reservamos el derecho de enmendar los términos de nuestra Póliza Anunciada de Intimidad. Puede obtener una copia de la póliza actual solicita el personal de recepción.

He tenido una oportunidad de revisar la Nota de Prácticas de Intimidad.

Imprima Nombre de Paciente _____

Firma _____

Fecha _____

Si firmará como el representante del paciente:

Imprima su Nombre _____

Relación _____

