

YOUNG FAMILY DENTAL, P.C.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Numero de Seguro Social _____

Hombre Mujer Menor Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Direccion _____ Ciudad _____ Zip _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Telefono (domicilio) _____ Celular _____ Telefono de trabajo _____

Donde prefiere recibir llamadas? Casa Trabajo Celular

Como sabe acerca de esta clinica? (Escoje una) Paginas amarillas (ingles) Paginas amarillas (espanol)

Cubierto de las paginas amarillas Internet Amigo Periodico Escuela Otro anuncio

En caso de emergencia, a quien debemos contactar?

Nombre _____ Relacion _____ # Trabajo _____ # Casa _____

Seguro primario

Nombre del asegurado/a _____ Relacion _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ # Trabajo _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____ # Grupo _____ # de identificacion del seguro _____

Seguro adicional

Nombre del asegurado/a _____ Relacion _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ # Trabajo _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____ # Grupo _____ # de identificacion del seguro _____

Arreglos Financieros:

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes metodos de pago. Se espera pagos enteros en cada cita.

Preferencia de pago: Efectivo Cheque personal Tarjeta de credito Visa MasterCard American Express Discover Care Credit

Acuerdo Financieros:

1. Se espera el pago al momento del tratamiento
2. Pacientes con seguro se espera pagar sus deducibles y co-payment porciento al momento del tratamiento.
3. Si no se pagara a tiempo se le cobrara un 1.75 % al mes (21% anual) en el resto no pagado. Usted podria pagar un cobro de abogado al momento del procedimiento de la oficina de colecciones. El cargo minimo mensual es \$3.00. Un \$15.00 sera cobrado al retorno de cada cheque.

Libertamiento del Seguro: Entiendo y convengo que las polizas de seguro dental son un acuerdo entre un portador de seguro y mismo. Ademas, yo entiendo que esta oficina preparara cualesquiera informes y formas necesarios para asistirme en la fabricacion de la coleccion de la compania de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagado directamente a esta oficina sera acreditado a mi cuenta sobre recibo. La oficina del Dr. Young solamente estima el co-pago del seguro. Entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos estan cargados directamente a mi y que yo soy personalmente responsable del pago. Tambien asumo que el responsabilidad a informar a la oficina de Dr. Young acerca de los beneficios que se pudieron haber pagado a otra oficina durante el ano del plan de modo que los maximos anuales puedan ser determinando. Yo autorizo por este medio el libertamiento de cualquier informacion, etc. a mi compania de seguros o las companias o cualquier otra agencia necesaria para la coleccion de este cuenta. Esta libertamiento es solamente con el fin de facilitar la facturacion y reembolso directamente al doctor de los beneficios de seguros. Este autorizacion es eficaz para el presente y todas las demandas de seguro en el futuro.

Firma _____ Fecha _____

Historia Medica/Dental (Confidencial)

Informacion de salud: Por favor indique:	Si	No		Si	No
¿Esta usted saludable?.....	___	___	¿Tuberculosis?.....	___	___
¿Tiene usted dolor ahora?.....	___	___	¿Tratamiento de radiacion?.....	___	___
¿Esta usted bajo el cuidado de un medico?	___	___	¿Presion sanguina anormal?.....	___	___
Ha tenido alguna vez:			¿Hepatitis?.....	___	___
¿ Condicion del corazon anormal?.....	___	___	¿Transfucion de sangre? (Ponga la fecha)....	___	___
¿ Valvula artificial?.....	___	___	¿Enfermedad venereal?.....	___	___
¿ Fiebre reumatica?.....	___	___	¿SIDA VHI positivo?.....	___	___
¿ Usado fen-phen?.....	___	___	¿Alergias? (Especifique).....	___	___
¿ Diabetes?.....	___	___	¿Dolor de madibula?	___	___
¿ Sangramiento anormal?.....	___	___	¿Mujeres, esta usted embarazada?.....	___	___
¿ Enpalme artificial?.....	___	___			
¿ Reaccion inusual a drogas o anesthesia?	___	___	¿Hay alguna otra informacion acerca de		
¿ Contraceptivos orales?.....	___	___	usted que debemos saber?.....	___	___

(Antibioticos hacen que contraceptivos orales se hacen ineficaz)

Certifico que las respuestas a las preguntas de salud estan exactas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Puesto a que un cambio de la condicion medica o de medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia de esto, y acuerdo de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita subsiguiente.

Firma _____ Fecha _____

Consentimiento Informado:

Yo autorizo a Dr. Young al igual que a sus asociados o asistentes a que el puede designar para realizar esos procedimientos como se puede juzgar necesario o recomendable para mantener mi salud dental o la salud dental del menor de edad u otro individuo por lo cual soy responsable, incluyendo el arreglo y la administracion de cualquier sedativo incluyendo el (oxido nitroso) analgesicos, terapeuticos, y/o el otro agente farmaceutico, incluyendo los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapeuticos o quirurgicos.

Entiendo que la administracion del anestesico local puede causar una reaccion inconveniente de los efectos secundarios, que pueden incluir, y no ser limitado a la contusion, hematoma, estimulo cardiaco, entumecimiento temporalmente o raramente, permanente, y dolor del musculo. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir recuperacion quirurgico.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos impeditivos tales como limpiezas y la odontologia basica, incluyendo los rellenos de todos los tipos, los dientes pueden seguir siendo sensibles o aun posiblemente dolorosos, durante y despues de la terminacion del tratamiento. Las encias y los tejidos finos circundantes puede tambien ser sensible o doloroso durante y despues del tratamiento.

Asumo voluntariamente cualesquiera y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo del dano substancial y serio, si lo hay, que se puede asociar a procedimientos impeditivos y operativos generales del tratamiento en esperanzas de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, para mi ventaja. Yo reconozco que la naturaleza y el proposito de los procedimientos precedentes se han explicado a mi en caso de necesidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Autorizacion y Libertamiento:

Autorizo al dentista a liberar cualquier informacion incluyendo el diagnosis y los registros de cualquier tratamiento o examinacion rendida a mi durante el periodo de tal cuidado dental a los pagadores de los terceros y/o a otros medicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compania de seguros a pagar directamente al dentista los beneficios dentales del seguro de otra manera pagables a mi. Yo entiendo que mi portador de seguro dental puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi favor o a favor de los dependientes. Certifico que he contestado todas las preguntas sobre ambos lados de esta forma exactamente y al mejor de mi conocimiento. Sigo por este medio las condiciones contorneadas.

Un aviso de practicas privadas se puede obtener de la recepcionista. Gracias por llenar esta forma completamente.

Firma _____ Fecha _____