

Formulario de Paciente Nuevo

***Implant and Sedation Dentistry of Charleston***

*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

**Implant and Sedation Dentistry of Charleston**

*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:** \_\_\_\_\_

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

**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. \_\_\_\_\_

***Implant and Sedation Dentistry of Charleston***

***Poliza Financiera y Consentimiento de Servicios***

**Implant and Sedation Dentistry of Charleston**

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 Implant and Sedation Dentistry of Charleston 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- Implant and Sedation  
Dentistry of Charleston!***

**Consentimiento de Implant and Sedation  
Dentistry of Charleston 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 Implant and Sedation Dentistry of Charleston.
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