Registration de Patiente Fecha: Inforamcion de Patiente: Nombre(Legal): _____Initial: _Apellido: _____ Nombre Preferido: _____Quien te referdio a nuestra officina: _____ Direccion de casa: _____Direccion de Envio:_____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____ Correo Electronico: ____ Telefono de casa: _____ De Trabajo: ____ Extension ___ Celular: ____ Sexo: Masculino ☐Feminino ☐ Estado civil: Casado(a) ☐Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐Separado(a) ☐Viudo(a) ☐ Fecha de nacimento: _____Edad: ____Seguro Social: ______Lesencia de Condusir: _____ Situacion Laboral: Tiempo Completo: ☐ Tiempo Parcial: ☐ Jubilado: ☐ Estudiante: Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial: ☐ Empleador: _____ Telefono de Empleador: Nombre legal de Conyuge: ______Seguro Social: ____ Empleador de Conyuge:______Telefono de Empleador:_____ Informacion de padre y guardian legal: Nombre(Legal): _____ Initial:__ Apellido:_____ Nombre Preferido: Direccion de Casa: _____Direccion de envio:_____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: Correo Electronico: Telefono de Casa:_____ ____ De Trabajo:____ _____Extencion:____Celular:___ Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divociado(a) Separado(a) Viudo(a) Fecha de Nacimento: _____ Edad: ___ Seguro Social: ____ Licensia de Condusir: ____ Situacion Laboral: Tiempo Completo: Tiempo Parcial: Jubilado: Estudiante: Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial: ☐ Empleador:__ Telefono de Empleador:____ Nombre legal de Conyuge:_____ Seguro Social: Empleador de Conyuge:

Informacion de Seguro Directo:

Persona de Contacto:

| Nombre del Asegurado: | Relacion al Paciente: | |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Seguro Social del Asegurado: | Fecha de Nacimento del Asegurado: | |
| Empleador: | Direccion de Correo: | |

Telefono de Empleador:_____

Telefono:

Informacion de Seguro Secundario:

| Nombre del Asegurado: | Relacion al Paciente: |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Seguro Social del Asegurado: | Fecha de Nacimento del Asegurado: |
| Empleador: | Direccion de Correo: |

Elkins Dental

Acuerdo de Finanzas

Gracias por elegir a Elkins Dental para sus necesidades Dentales. En un esfuerzo para provenir cuidado de cualidad para nuestros pacientes y para evitar mal entendidos, nos gustaría informarles de nuestra póliza de oficina con respecto a pago para los servicios prestados.

Pago es esperado al tiempo de que el tratamiento es realizado. Como cortesía a nuestros pacientes con beneficios dentales nosotros presentaremos su reclamo a la compañía de seguros. Cualquier porción que no será cubierto por los beneficios es la **RESPONSABILIDAD DE EL PACIENTE Y DEBIDO AL TIEMPO DE SERVICO ES REALISADO**. La cantidad incluye el deducible y el co pago. Si los beneficios son menos de lo esperado, usted va ser facturado por la diferencias y el pago es debido en completo entre 90 días.

Benéficos dentales son contratos entre **el titular de la póliza** y **la compañía de seguros**. Tratamos de hacer cualquier esfuerzo en asistir a usted con sus preguntas de benéficos, sin embargo le sugerimos ser conscientes de las cláusulas individuales de su póliza, Tal como periodos de espera y de los beneficios que tiene disponible. Al final usted es responsable por cualquier saldo pendiente de pago.

Estado civil no es una consideración bajo ninguna circunstancia. Decretado custodia o la falta de ella, no altera la responsabilidad financiera. El padre acompañando el niño/menor el día del servicio será considerado la parte responsable. Con mucho gusto le proporcionamos copias de las declaraciones, cuales puede que tenga que proporcionar al otro padre por reembolso.

Hay un cargo de \$35.00 por cheques devueltos. Si un cheque es devuelto y no pagado dentro 7 días de la fecha de regreso, acciones legales pueden ser tomadas para la recolección. Cualquier costo asociado con la recolección de cheques devueltos será asumido por usted.

En el caso de que su cuenta se convierte en delincuente, usted será responsable por todos los derechos de cobro, honorarios de abogado, y costos judiciales.

Para su conveniencia, aceptamos: Efectivo, Cheque, Debito, Tarjetas de Crédito, y *Varios programas de pagos de crédito dental.* Pregunte a nuestro personal para obtener mas información.

Póliza de Cita Perdida O Si No Se Presenta

Se requiere notificación de 24 horas de anticipo para la cancelación o reprogramación de una cita. Si no dan notificación de 24 horas una multa de reservación será cobrada.

Notificación de política de Privacidad

Usted recibió la copia de Notificación de política de privacidad de nuestra oficina.

| Firma de Paciente, Padre O Tutor Legal | Fecha |
|--|-------|
| Escriba con letra legible nombre de Paciente | Fecha |

Elkins Dental

Recibo reconociendo que recibió la Notificación de Política de Privacidad

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

| / | recibí una copia de la notificación de |
|--------|--|
| Políti | ca de Privacidad. |
| Don fo | |
| Por 18 | avor escriba con letra legible su nombre |
| Firme | e su Nombre |
| | |
| Fecha | |
| | |
| | Solamente para uso de oficina |
| de Po | ros tratamos de obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestra Notificación lítica de Privacidad, como requerido por la ley, pero no fue posible obtener ocimiento porque: |
| | El individual se negó a firmarlo |
| | Barreras de idioma nos prohibieron el obtener reconocimiento |
| | Una situación de emergencia nos impedido el obtener reconocimiento |
| | Otra situación (Por favor clarifica: |
| | |
| | |
| | |

HISTORIAL MEDICO

| NOMBRE DE PACIENTE_ | | | | PECHA DE VI ON | | | |
|--|--|---|----------------|---|--|--|--|
| A pesar de que el pers | sonal dental t | rata principalmente el área a | identro v a | FECHA DE NACIM | IENTO | do el cuerpo. Problemas de salud que | |
| pueda tener, o medica | ción que pue | de estar tomando, puede ten | ar una ima | portente internal a i/ | arte de tod | lo el cuerpo. Problemas de salud que | |
| preguntas siguientes. | oron que pue | de estar tomando, puede ten | er una mip | ortante interrelación con el trata | miento que | e va recibir. Gracias por contestar las | |
| preguntas siguientes. | | | | | | | |
| | ¿Esta bajo cuidado medico ahora? □Si □No | | | | r favor exp | plique: | |
| ¿Alguna ve has sido h | ospitalizado | o ha tenido una cirugía mayo | or? | En caso afirmativo po | En caso afirmativo por favor explique: | | |
| | | | Si□No | | | | |
| ¿Alguna ves has te | nido una seri | a lesión en la cabeza o en el | cuello? | En acce of | C | | |
| | | | Si 🗖 No | En caso afirmativo po | r favor exp | olique: | |
| Esta tor | nando medic | ación, pastillas o drogas? | 0.000 | | | | |
| | | ado Phen-Fen or Redux? | | En caso afirmativo por favor explique: | | | |
| 623ta tolliai | | | | | | | |
| | | sta en una dieta especial? | | | | | |
| | | ¿Usted consume tabaco? | Si □No | | | | |
| | ¿Usted usa | substancias controladas? | Si □ No | | | | |
| Mujeres: Esta usted | | | | | | | |
| Embarazada o esta tratar | ndo quedarse e | embarazada? □Si □No | Tomando | anticonceptivos orales? □Si □No | | Esta Amamantando? □Si □No | |
| | | | | 20.21.0 | | Esta Amamantando? Est Eno | |
| ¿Es usted alérgico a cual | quiera de los | siguientes? | | | | | |
| | a Codeina | □Acrilico □Metal | □Látex | ☐ Anestésicos locales | | | |
| Otro Por Favor explique | | | Lutex | Affestesicos locales | | | |
| | | | | | | | |
| ¿Usted tiene o ha tenido | alguno de los | siguientes? | | | | | |
| SIDA/HIV Positive | | Medicina Cortisona | | Hemofilia | _ | | |
| Alzheimer's Disease | | Diabetes | | Hepatitis A | | Diálisis Renal | |
| Anafilaxia | | Adicción a las Drogas | | Hepatitis B o C | | Fiebre Reumática | |
| Anemia | | Fácilmente sin Aliento | | Herpes | | Escarlatina | |
| Angina | <u> </u> | Enfisema | | Hipertensión | | Culebrilla | |
| Artritis/Gota | | Epilepsia o Incautación | | Urticaria o Erupción | | Enfermedad de Células Falciformes | |
| Válvula de Corazón Artificial Articulación Artificial | | Sangrado Excesivo Sed Excesiva | | Hipoglucemia | | Problemas del Seno | |
| Asma | <u> </u> | Desmayos/Mareo | | Latido del Corazón Irregular Problemas Renales | | Espina Bífida | |
| Enfermedad de la Sangre | | Tos Frecuente | | Leucemia | | Enfermedad del Estomago/Intestinal Derrame Cerebral | |
| Transfusión de Sangre | | Diarrea Frecuente | | Enfermedad del Hígado | | Derrame Cerebral Hinchazón en las Extremidades | |
| Problema para Respirar | | Dolor de Cabeza Frecuente | | Presión Arterial Baja | | Enfermedad en la Tiroides | |
| Moretones con facilidad | <u> </u> | Herpes Genital | | Enfermedad Pulmonar | | Amigdalitis | |
| Cancer Quimioterapia | | Glaucoma | | Prolapso de la Válvula Mitral | | Tuberculosis | |
| Dolor en el Pecho | | Fiebre de Heno | | Dolor en el Mandibular | | Tumor o Crecimientos | |
| Herpes Labial | <u> </u> | Ataque del Corazón//Insuficieno Soplo Cardiaco | П | Enfermedad del Paratiroides Cuidado Psiquiátrico | | Ulceras | |
| Enfermedad Cardiaca Congénita | | Marcapasos Cardiaco | | Tratamiento de Radiación | | Enfermedad Venérea | |
| Convulsiones | | Problemas del Corazón/Enferme | | Perdida de Peso Reciente | | | |
| ¿Alguna vez has tenido | cualquier en | fermedad grave no menciona | ada anterio | ormente? □Si □No En caso de a | firmativo p | por favor explique: | |
| | | | | | | | |
| Comentarios | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Al lo mejor de mi recon | ocimiento, la | s preguntas en este formular | rio han side | o respondido con precisión. Enti | endo que e | el subministro de información | |
| incorrecta puede ser pel | igroso para n | ni salud o la del naciente. Es | mi respon | sabilidad informer la oficire de | atal de au- | lquier cambio en el estado de salud. | |
| | Ç p 11 | and a su day puerente. Es | гозроп | such dad informat la offcina del | nai de cua | iquier cambio en el estado de salud. | |
| Firms del De la Pari | Tr | | | | | | |
| Firma del Paciente, Padre, | o Tutor Lega | 1 | | Fech | a | | |