



DAVIS Y DINGLE DENTISTA GENERAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre M

Seguro Social #: _____ Sexo: _____ Estado de Familia: C__ D__ V__ S__
Fecha de Nacimiento: _____

Telefono (Hogar): _____ (Empleo): _____ Ext: _____ Mejor Hora de Llamar _____

Tiempo de Cita Preferida: Manana Mediodia Tarde Cualquier Tiempo L M Mi J V S

Dirección: _____
Calle # Apartamento

Cuidad Estado Código Postal

INFORMACIÓN DE SALUD

Fecha de la ultima visita: _____ Rason para esta visita: _____

Ha padecido de lo siguiente? Porfavor marque cualquiera que le applique:

- | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------|
| SIDA _____ | Sangre Excesiva _____ | Mal del Hígado _____ | Stroke _____ |
| Allergias _____ | Desmayos _____ | Malestares Mental _____ | Tuberculosis _____ |
| _____ | Glaucoma _____ | Malestares de los nervios _____ | Tumores _____ |
| Anemia _____ | Estornudos _____ | Pacificador _____ | Úlceras _____ |
| Artritis _____ | Traumas de la Cabeza _____ | Embarazo _____ | V D _____ |
| Miembros Artificiales _____ | Mal del Corazon _____ | fecha de espera: _____ | Alergía a la _____ |
| Asma _____ | Murmullo del Corazon _____ | Tratamiento de Radiación _____ | Codeína _____ |
| Mal de la Sangre _____ | Hepatitis _____ | Problemas Respiratorias _____ | Alergía a la _____ |
| Cancer _____ | Alta Pression _____ | Fiebre Reumatica _____ | penicilina _____ |
| Diabetes _____ | Ictericia _____ | Reumatismo _____ | OTRAS: _____ |
| Mareos _____ | Mal del Rinon _____ | Sinusitis _____ | _____ |
| Epilepsia _____ | _____ | Malestares Estomacales _____ | _____ |

- Ha sufrído complicaciones despues de un tratamiento dental? Si No
Si es si, explique porfavor: _____
- Ha sido admitido o ha necesitado tratamiento urgente durante los dos anos pasados? Si No
Si es si, explique porfavor: _____
- Esta usted bajo supervisión de un Doctor? Si No
Si es si, explique porfavor: _____
Nombre del Doctor: _____ telefono: _____
- Tiene usted problemas de salud que necesita clarificación? Si No
Si es si, explique porfavor: _____
- Todas las respuestas anteriores y la información ofrecida son verdaras y correctas a mi conocimiento.
Yo le informaré a los Doctores en my próxima visita, si hay algún cambio en mi salud.
Fecha: _____

Firma del paciente, pariente o protector

Esposo(a) o información de persona responsable

Lo siguiente es para: el esposo(a) del paciente la persona responsable por el pago

Nombre _____
Masculino Femenina Casada(o) Soltera(o) Hijos Otros

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono (Hogar): _____ (Empleo): _____ Ext: _____ Mejor hora para llamar: _____

Dirección: _____
Calle # Apartamento

Cuidad State Código Postal

Información de Empleo

Lo siguiente es para: El paciente La persona responsable por el pago

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle ciudad, Estado Codigo Posta telefono

Información de Seguro

Primario
Nombre del Asegurado: _____ Esta asegurado el paciente? Si No
Apellido Primero Segundo

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ # ID: _____ #Grupo: _____

Dirección del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de Empleo del Asegurado: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Relacion del Paciente al Asegurado: Si Mismo Esposo(a) Hijos Otros _____

Nombre y Dirección del Plan de Seguro: _____

Secundario

Nombre del Asegurado: _____ Esta Asegurado el Paciente? Si No

Apellido Primero Segundo
Fecha de Nacimiento de Asegurado: _____ # ID: _____ # Grupo: _____

Dirección del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de Empleo del Asegurado: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Relación del Paciente con el Asegurado: Si Mismo Esposo(a) Hijos Otros _____

Nombre y Dirección del Plan de Seguro: _____

consentimiento para servicios

La practica de esta oficina consiste en el avance de arreglos financieros antes de su tratamiento. Toda emergencia de servicio dental atendido sin arreglos financieros al tiempo del servicio, debe ser pagado al contado.

Pacientes con seguro dental entienden que cualquier servicio suministrado, es la responsabilidad directa del paciente para asegurar que se pague la deuda. Esta oficina ofrece ayuda en llenar los formularios necesarios para colleccion del seguro dental. Sin embargo esta oficina no ofrece servicios con la suposicion que las cargas seran pagadas por el seguro. Es su responsabilidad de atender sus cargas dentales.

Una carga de servicio de 11/2% (18% al ano) sera cobrada en todas cuentas no pagadas despues de 60 dias. A menos que arreglos financieros fueron establecidos anteriormente.

Yo entiendo que la cuota estimada para este tratamiento dental sera extendida por seis meses solamente, empezando de la fecha del examen.

En consideracion para el servicio profesional recibido por mi demanda del Doctor, estoy de acuerdo a pagar razonablemente la cuenta de servicios al Doctor o a sus asistentes al tiempo del servicio, o dentro de cinco (5) dias si el credito sera extendido. Estoy de acuerdo pagar cualquier servicio razonable o la cuenta del abogado si no pago mi cuentas.

Yo le doy mi permiso al Doctor o a sus asistentes, para telefonarme en casa o a mi trabajo para discutir los problemas de mi formularios.

Yo he leído las condiciones de tratamiento y estoy de acuerdo con su contenido.

_____ Date: _____ Relacion al Paciente: _____
Firma del Paciente, Pariente o Protector