

# SYNERGY DENTAL, PLLC

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido 1<sup>er</sup> Nombre 2<sup>do</sup> Nombre

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 Casado(a)  Soltero(a)  Niño(a)  Otro \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Método preferido de ser contactado para confirmación: Teléfono  Casa  Trabajo  Celular  Correo Electrónico

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento #  
Ciudad Estado Código Postal

## Información Médica

Fecha de la última visita dental: \_\_\_\_\_ Razón de su visita: \_\_\_\_\_

**Ha tenido cualquiera de los siguientes? Por favor marque lo que aplique:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sida                                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia             | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón       | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____                       | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado      | <input type="checkbox"/> Ataque                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia                               | <input type="checkbox"/> Desmayo               | <input type="checkbox"/> Desorden Mental            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Artritis                             | <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Prolapso Mitral de Válvula | <input type="checkbox"/> Tumores                |
| <input type="checkbox"/> Coyunturas Artificiales              | <input type="checkbox"/> Crecimientos          | <input type="checkbox"/> Desorden Nervioso          | <input type="checkbox"/> Ulceras                |
| <input type="checkbox"/> Asma                                 | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre/<br>Transfusión | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo                   | <input type="checkbox"/> Alergia de Codeína     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimo/Radiación               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca   | Fecha de parto: _____                               | <input type="checkbox"/> Alergia de Penicilina  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Murmullos del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios    | <input type="checkbox"/> Alergia de Látex       |
| <input type="checkbox"/> Mareos                               | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática           | OTROS:  |
|   | <input type="checkbox"/> Tensión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Reumatismo                 | <input type="checkbox"/> _____                  |
|   | <input type="checkbox"/> Ictericia             | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis     | <input type="checkbox"/> _____                  |

• Ha tenido cualquier tipo de complicaciones después de un tratamiento dental?  Si  No

Si es a si, por favor explique: \_\_\_\_\_

• Ha sido ingresado a un hospital o necesitado cuidado de emergencia durante los pasados dos años?  Si  No

Si es a si, por favor explique: \_\_\_\_\_

• Esta usted ahora bajo el cuidado medico?  Si  No

Si es a si, por favor explique: \_\_\_\_\_

• Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

• Por favor liste todas las medicaciones que este tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas y la información anterior es la verdad y correcta. Si yo tengo cualquier cambio en mi salud, yo informare al doctor en la próxima cita sin falta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, o guardián Fecha: \_\_\_\_\_

## Información de Referencia

A quien podemos agradecer por referirle a nuestra practica?  Otro paciente, amigo  Otro paciente, pariente

Oficina Dental  Paginas Amarillas  Periódico  Escuela  Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

El nombre de la persona u oficina refiriendo lo a nuestra práctica: \_\_\_\_\_

### Información del Esposo(a) o El responsable

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

Nombre: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Casado(a)  Soltero(a)  Niño(a)  Otro \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código postal

### Información de Empleo

Lo siguiente es para:  el paciente  la persona responsable del pago

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

### Información de Seguro Dental

#### Primario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ El asegurado es paciente?  Si  No

Apellido

1<sup>er</sup> Nombre

2<sup>do</sup> Nombre

Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Relación del paciente con asegurado:  Uno(a) mismo(a)  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del seguro dental y dirección: \_\_\_\_\_

#### Secundario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ El asegurado es paciente?  Si  No

Apellido

1<sup>er</sup> Nombre

2<sup>do</sup> Nombre

Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación del paciente con asegurado:  Uno(a) mismo(a)  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del seguro dental y dirección: \_\_\_\_\_

### Consentimiento de Servicio

Como condición de su tratamiento por esta oficina, las medidas financieras se deben tomar por adelantado. La práctica depende del reembolso de los pacientes de la cantidad incurrida en su cuidado y la responsabilidad financiera de parte de cada paciente se debe determinar antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben ser pagados en efectivo cuando el servicio sea realizado.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales rendidos son cobrados directamente al paciente y que el o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudara a preparar las formas del seguro del paciente o asistir en hacer colecciones de las compañías de seguros y acreditar cualquier colección a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede rendir servicios en la suposición que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros.

Entiendo que los precios estimados para este cuidado dental solo pueden ser extendidos por un periodo de seis meses de la fecha del examen.

En consideración al servicio profesionales rendidos a mí, o conforme a mi pedido, por el doctor, yo concuerdo en pagar el valor razonable de dicho servicio a dicho doctor, cuando se rindan los servicios dichos, o dentro de cinco (5) días de facturación si el crédito es extendido. Concuerdo aun más que el valor razonable de los servicios dichos. Serán como la factura diga a menos que sea opuesto, por mí, en escritura, dentro del tiempo del pago.

Yo le otorgo mi permiso a usted, para llamarme por teléfono en casa o en mi trabajo para discutir los asuntos relacionados en esta forma.

He leído las condiciones antedichas del tratamiento y del pago y convengo su contenido.

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o guardián

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del garante de pago y responsable