



## Información del Paciente

Estamos comprometidos a brindarle un cuidado oral excelente y le agradecemos que tome un tiempo para completar este cuestionario confidencial. Entre mejor nos comuniquemos mejor es el cuidado que le podemos ofrecer. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, déjenos saber y con gusto le ayudaremos.

¿A quién podemos agradecerle por haberlo(a) referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### SU INFORMACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Prefiero ser llamado(a) \_\_\_\_\_ [  ] Hombre [  ] Mujer  
[  ] Soltero(a) [  ] Casado(a) [  ] Menor de edad Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono/Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
Celular: (    ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Hace cuanto trabaja allí? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA

[  ] Igual que arriba Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono/Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Hace cuanto trabaja allí? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SU ESPOSO(A)

[  ] Igual que arriba Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

#### Seguro Primario

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo/Póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado(a): \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

#### Seguro Secundario

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo/Póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado(a): \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Nosotros enviamos recordatorios de citas vía mensaje de texto y correo electrónico. Si no deseo recibir estos mensajes, por favor indíquelo aquí: [  ] Mensaje de Texto [  ] E-mail**

## HISTORIA MEDICA

Nombre de su Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? Indique con una (X) las que aplican:**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias                    | <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo I/II)     | <input type="checkbox"/> Cirugia del corazon*          | <input type="checkbox"/> Fiebre rehumatica                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Reumatismo                          |
| <input type="checkbox"/> Angina                      | <input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos   | <input type="checkbox"/> Presion alta                  | <input type="checkbox"/> Problemas de sinocitis              |
| <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos        | <input type="checkbox"/> VIH*/SIDA                     | <input type="checkbox"/> Derivacion quirurgica*              |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Ictericia                | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones          | <input type="checkbox"/> Infarto                             |
| <input type="checkbox"/> Valvulas artificiales       | <input type="checkbox"/> Toz frecuente            | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado          | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides               |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales           | <input type="checkbox"/> tuberculosis                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios     | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon    | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Ulceras                             |
| <input type="checkbox"/> Cancer                      | <input type="checkbox"/> Infecciones del corazon* | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas               |
| <input type="checkbox"/> Dependencia quimica         | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco*          | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion      | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo de una extracción |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia               | <input type="checkbox"/> Marcapasos*              |  |  |

**\* Esta condición puede requerir de pre-medicamiento con antibióticos para determinados procedimientos dentales**

¿Necesita usted pre-medicación? SI/NO Nombre del antibiótico: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud no mencionado arriba o necesita más clarificación sobre su condición? SI/NO Favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo el cuidado de un especialista? SI/NO Favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha sido admitido(a) al hospital o ha necesitado ir a emergencias en los últimos 2 años? SI/NO Favor explicar: \_\_\_\_\_

Esta usted tomando medicinas/pastillas prescritas o naturales? SI/NO Cuales: \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico(a) a alguna de estas sustancias? SI/NO Favor indicar a cual o cuales: Aspirina [ ] Penicilina [ ] Codeína [ ] Yodo [ ] Metal [ ] Látex [ ] Otro: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma? Cuanto/por cuanto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_

¿Consumo alcohol? Con que frecuencia/Cuanto? \_\_\_\_\_

MUJERES: [ ] Embarazada [ ] Tratando de quedar embarazada [ ] Lactando [ ] Tomando anticonceptivos

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si se presenta algún cambio con mi salud o mis medicamentos se los dejare saber al dentista y al personal de inmediato.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO DENTAL

Nosotros creemos que cada paciente merece saber cual es el estado real y actual de su salud dental, como se ha llegado a ese estado y que opciones de tratamiento están disponibles para lograr el nivel de salud oral que usted merece. Este proceso empieza con un diagnostico detallado del estado de sus dientes, encías, ligamentos de la mandíbula, su mordida y sus tejidos blandos. También tomaremos las radiografías apropiadas y si es conveniente y apropiado en su caso, también podríamos tomar modelos dentales o fotografías para evaluar más a fondo áreas sospechosas.

Una vez toda la información han sido colectada va a ser evaluadas detalladamente para determinar su estado de salud oral. Compartiremos el diagnostico con usted, le presentaremos las opciones disponibles y responderemos a sus preguntas e inquietudes. Desarrollaremos un plan de tratamiento para ayúdale a alcanzar los objetivos planteados. Por favor ayúdenos a entender sus necesidades y sus objetivos con respecto a su salud oral contestando las siguientes preguntas:

Fecha de la ultima visita dental: \_\_\_\_\_ Nombre de su dentista anterior: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dientes sensibles al frío, calor, dulce o presión | <input type="checkbox"/> Mala experiencia dental         | <input type="checkbox"/> Fuegos en los labios/boca            |
| <input type="checkbox"/> Encías que sangran. ¿Hace cuánto?                 | <input type="checkbox"/> Complicaciones con extracciones | <input type="checkbox"/> Utiliza cepillo de dientes eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Acumulacion de comida                             | <input type="checkbox"/> Chasquido o frotamiento         | <input type="checkbox"/> Textura del cepillo- _____           |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento o mal sabor en la boca                | <input type="checkbox"/> Dolor al rededor del oído       | <input type="checkbox"/> Frecuencia del cepillado _____       |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva/Boca seca                            | <input type="checkbox"/> Utiliza protector dental        | <input type="checkbox"/> Usa hilo dental                      |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal previo                    | <input type="checkbox"/> Ortodoncia/braces               | <input type="checkbox"/> Usa limpiadores interdetales         |

1. Mi temor a ir al dentista es [  ] **bajo** [  ] **moderado** [  ] **alto**.
2. Mi temor mas grande de recibir tratamiento dental es: [  ] **dolor/molestia** [  ] **costo** [  ] **el tiempo que toma**
3. Siento mi boca y mis dientes [  ] **muy cómodos** [  ] **moderadamente cómodos** [  ] **incómodos**.
4. Estoy [  ] **muy satisfecho (a)** [  ] **satisfecho (a)** [  ] **insatisfecho** con la apariencia de mis dientes.
5. Yo pienso que el estado actual de mis dientes es [  ] **excelente** [  ] **bueno** [  ] **aceptable** [  ] **malo**.
6. **Yo diría que mis principales preocupaciones con mi salud oral son:**

7. Estoy interesado(a) en una evaluación y tratamiento personalizado para mejorar mi sonrisa [  ] **Si** [  ] **No**.

Por favor indicar cual de las siguientes descripciones representa el nivel de salud y cuidado oral que usted desea lograr. (Algunas personas empiezan con un cuidado básico y mas adelante desean un nivel más alto.)

### **NIVEL DE SALUD ORAL I- Cuidado de Emergencia**

[  ] Solo estoy interesado(a) en cuidado oral de emergencia para aliviar un dolor o molestia. No estoy interesado(a) en pensar en el futuro de mis dientes en este momento.

### **NIVEL DE SALUD ORAL II- Mantenimiento**

[  ] Estoy interesado(a) en el mantenimiento de mi salud oral y estoy dispuesto(a) a tomar parte activa en la prevención del desarrollo de enfermedades o problemas dentales y la reparación de problemas existentes. Sin embargo, no estoy listo(a) para un nivel de cuidado dental mas alto por limitaciones como tiempo y/o dinero. Estoy conciente que un nivel de cuidado oral de mantenimiento puede que no sea suficiente para establecer o lograr una buena salud oral a largo plazo.

### **NIVEL DE SALUD ORAL III- Cuidado Oral Completo**

[  ] Estoy interesado(a) en un cuidado oral completo para lograr un alto nivel de salud oral. Me preocupa el tratamiento y las causas de las enfermedades dentales no simplemente los efectos. Quiero que todos los tratamientos dentales proporcionados sean los mejores disponibles para la máxima protección y longevidad a fin de lograr una salud dental estable a largo plazo.

### **NIVEL DE SALUD ORAL IV- Cuidado integral & Cosmético**

[  ] Estoy interesado(a) en la atención integral y cosmética para lograr y mantener el máximo nivel de salud dental. Me preocupa el tratamiento y las causas de las enfermedades dentales, y no simplemente los efectos. Quiero que todos los tratamientos dentales proporcionados sean la mejor opción disponible en la odontología cosmética para la protección máxima, la longevidad y la estética, a fin de lograr una salud dental estable.

## CITAS

Valoramos su tiempo y por lo tanto nos comprometemos a hacer lo posible por verle a la hora de su cita y a tratar de mantener su cita lo mas corta posible. De la misma manera, pedimos a nuestros pacientes que por favor asistan a sus citas a tiempo ya que hemos reservado este tiempo especialmente para usted. Por favor trate de mantener su cita, pero si esto no es posible, le pedimos notificarnos con **2 días hábiles de anticipación**. Citas perdidas crean una interrupción en nuestro horario. **Se cobrará una tarifa de \$45.00 para los pacientes que pierdan o cancelen una cita sin previo aviso de 2 días hábiles. Cambios de citas no serán aceptados por mensajes de voz, correo electrónico o mensaje de texto.**

## POLITICA FINANCIERA

Apreciamos que usted haya escogido a la Doctora Elke Cheung para su cuidado dental. Nuestra misión principal es ofrecerle a usted y su familia el cuidado dental mas completo disponible. Una parte primordial de nuestra filosofía es hacer que el costo del cuidado optimo de su salud dental sea lo mas simple y manejable posible y es por lo cual ofrecemos diferentes opciones de pago.

### Opciones de Pago:

Pagos por nuestros servicios deben ser cancelados antes o el día de su cita a menos que acuerdos de pago hayan sido aprobados por nuestra oficina con anticipación. Aceptamos pagos en efectivo, cheque, Visa, Mastercard, Discover, American Express o CareCredit.

### **Por favor tener en cuenta:**

Para pacientes que tienen seguro dental, es nuestro placer poder asistirle en maximizar sus beneficios dentales y cobrar a su compañía aseguradora directamente<sup>2</sup> siempre y cuando usted nos provea con la información correcta de su póliza. El pago de su deducible y la porción que ha sido estimada como responsabilidad del paciente debe ser paga antes o el día que el tratamiento es recibido.

Nuestra oficina le preparara un estimado de la cobertura de su seguro basado en sus beneficios, pero por favor tenga presente que este estimado no es garantía de que su seguro va a pagar lo estimado. **La cobertura de su seguro está sujeta a elegibilidad, provisiones específicas de su póliza, y cargos de otras oficinas. Queremos enfatizar que, como su proveedor de servicios dentales, nuestra relación es con usted, el paciente, y no su compañía aseguradora. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su empleador, y su compañía.** Nosotros no somos parte de ese contrato y por lo tanto no somos responsables por lapsos de cobertura o restricciones. Nuestra oficina no es responsable por pagos negados por su compañía aseguradora, pero si haremos lo posible por ayudarle a resolver situaciones en las que la compañía niega cobertura. Mientras que el enviar el reclamo con toda la información pertinente a su aseguradora es una cortesía que nuestra oficina ofrece a nuestros pacientes, el costo del tratamiento dental es responsabilidad del paciente. Si se presenta algún problema con el reclamo al seguro, notifiquenos de inmediato para poder asistirle adecuadamente en el manejo de su cuenta. **En conclusión, si su compañía aseguradora no cubre la porción estimada, el costo del tratamiento es responsabilidad del paciente.**

Nuestra oficina tiene un cargo de \$35 por cheques sin fondos. Si por alguna razón un cheque es devuelto, la oficina se reserva el derecho de no aceptar pagos utilizando cheques. No aceptamos cheques con fechas a futuro.

Para balances de más de 60 días, hay en recargo de \$15 y \$15 dólares mensuales por cada mes adicional hasta que el balance sea cancelado.

Un 40% del balance serán añadidos a su cuenta por costos de colección si usted es referido a la Agencia de Colecciones.

Si necesita información adicional, por favor no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a obtener el cuidado dental que usted desea o necesita.

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION

### Consentimiento General para Recibir Tratamiento

Estoy de acuerdo y doy el consentimiento para recibir un examen dental por la Dra. Elke Cheung, DMD. Yo entiendo que otros procedimientos de diagnóstico y tratamientos dentales se pueden recomendar y será discutido conmigo antes de ser proporcionados. Además, reconozco que no hay garantías, expresas o implícitas en cuanto a los resultados de los procedimientos o tratamientos dentales realizados.

### Divulgación de Información

Autorizo a la Dra. Elke Cheung, DMD para liberar cualquier información sobre mi historial médico y dental, al igual que sobre mi diagnóstico o tratamiento a terceros como pagadores y otros profesionales de la salud.

### Asignación de los beneficios del seguro

Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros pagar mis beneficios directamente a la Dra. Elke Cheung, DMD.

Yo comprendo y me comprometo a cumplir con la **política de la oficina referente a las citas.**

Yo entiendo y me comprometo a cumplir con la **Política Financiera.**

Yo entiendo y estoy de acuerdo con el **Consentimiento General para Recibir Tratamiento.**

Yo autorizo la **Divulgación de mi Información.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

\*Puede Rechazar Firmar Esta Confirmación\*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Sólo para uso del consultorio

Hemos intentado obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no hemos podido obtener la confirmación porque:

- El individuo rechazó firmar
- Problemas de comunicación no permitieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otras (Indique, por favor)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los dentistas y su personal pueden reproducir este formulario. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association. Este formulario es meramente informativo, no constituye asesoramiento legal y cubre solamente la ley federal, no la estatal. Las ulteriores modificaciones legales o regulatoras pueden implicar una revisión. Los dentistas deberán ponerse en contacto con sus asesores jurídicos con el fin de cumplir la HIPAA, la ley HITECH (Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica, del inglés: Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act: ) y las normas y reglamentos del Departamento de Servicios Sociales y de Salud.