



# BIENVENIDO

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario lo mejor que pueda. Nos complace ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Apellido Primer Nombre Inicial  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seg.Soc. # \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Tel de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Paciente trabaja para \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  Soltero/a  Casado/a  Otro  
 Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Numero de Tel. \_\_\_\_\_  
**A quien podríamos agradecer por su referencia?** \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Responsable por el Seguro Dental \_\_\_\_\_ Relación con el paciente  Pareja  Hijo/a  Otro  
 Apellido Primer Nombre  
 Fecha de nacimiento del responsable \_\_\_\_\_ Num. De Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Grupo # \_\_\_\_\_  
 El paciente tiene otro seguro?  Si  No Si respondió si cual es? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Visita \_\_\_\_\_ A tenido alguna enfermedad u operación seria?  Si  No  
 Si si describa \_\_\_\_\_ Esta bajo cuidado médico?  Si  No  
 Algunas vez ha tenido transfusión de sangre?  Si  No  
 Mujeres: Esta usted embarazada?  Si  No Amamantando?  Si  No Toma píldoras anticonceptivas?  Si  No

### Marque con una (V) si/no alguna vez a tenido las siguientes condiciones :

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anaphylaxis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis,
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anafilaxias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asthma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Atópica
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Chemoterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a comidas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamientos de Cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Marcapasos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del Rinion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta Precion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Thyroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor de mandíbula
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de Circulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ronchas en la piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema Nervioso
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Stroke	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de Hígado
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cirugía en el corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuidado Phsicriatico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trato de Radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema Respiratorios
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hinchazón de pies o manos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre muy alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Spina Bífida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de espalda
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ulcera/ Colitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tonsilitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de venas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habito al Tabaco		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso/ aumento Rápido	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas corazón, Describa _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a Materiales Látex, Metal, chemicos	

Esta el paciente actualmente tomando algún Medicamento? Si si, cuales: \_\_\_\_\_

Tiene alergias a algún Medicamento? Si si, cuales: \_\_\_\_\_

## Autorización

He Revisado la información en este cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus medico, se lo informare al dentista. Autorizo a la compañía de seguros indicada en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagados a mí. Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

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

**El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anticipación.**

## Cuestionario

1. ¿Cuál es tu objetivo para lograr de esta visita inicial?

---

2. ¿En qué condiciones considera que su salud dental esta en este momento? Muy bueno, regular, o malo... ¿por qué?

---

3. ¿Si un diente puede ser salvado de la extracción, preferiría salvar el diente?

---

4. ¿Ha considerado tener dentaduras completas o parciales? ¿O ya usa alguna?

---

5. ¿Tiene familiares o amigos que actualmente usan dentaduras postizas? ¿Están felices de tenerlas?

---

6. ¿Nota su halieta pesada o le sangran las encías al cepillarse o al usar el hilo dental?

---

7. ¿Le gusta su SONRISA?

---

8. ¿Tiene alguna sensibilidad o dolor al comer o beber?

---

9. ¿Tiene cualquier fobia o tiene miedo del trabajo dental?

---

10. ¿Qué tan bueno o malo fue su dentista anterior?

---

11. ¿Qué podemos hacer para hacer la mejor experiencia dental para usted?

---

12. ¿Qué podemos hacer por usted para hacer le feliz con nuestra oficina?

---

## CONSENTIMIENTO DE HIPPA PARA EL PACIENTE

Yo entiendo que tengo el derecho a privacidad refiriéndose a mi información de salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Health Insurance Portability Accountability Act del 1996 (HIPPA). Yo entiendo que en cuanto yo firme este formulario de consentimiento yo autorizo que ustedes usen esta información que esta protegida solamente para:

- Tratamiento (incluyendo directo o indirecto tratamiento por otros proveedores de salud envueltos en mi tratamiento)
- Para obtener pagos de pagadores que están envueltos con mi caso (seguros, otros...)
- La gente que día a día me atiende en esta oficina por el bien de mi salud.

También e sido informado/a de tener derecho a una copia y revisar las notificaciones de este consentimiento. Yo se que usted tiene el derecho a cambiar este consentimiento con el tiempo y yo tengo el derecho a llamar y preguntar por la copia nueva actualizada de este consentimiento.

Yo entiendo que tengo el derecho a poner y requerir restricciones y tengo el derecho hacer cambios el día que yo quiera. Puedo hacer restricciones para que mi información no sea transferida a ciertos proveedores si eso está a mi alcance pero también entiendo que si ustedes no están de acuerdo con mis restricciones que yo requiero entonces no podrán ser complacidas. Pero si usted si están de acuerdo entonces ustedes se compromete a seguir mis requisitos.

También entiendo que yo tengo el derecho a cancelar este consentimiento el día que yo guste, al menos que hayan dado información a cualquiera de los que autorizo antes del cancelamiento de este consentimiento. En ese caso no serian afectados ustedes como proveedores.

A quien contactar:

Yo le doy mi permiso al Doctor William Meza, D.D.S y Dra. Fabiana Melo, D.D.S y su equipo de trabajadores para darle cualquier información relacionada con mi salud/ Dental con los siguientes miembros familiares o personal:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

( ) Yo no autorizo ni doy permiso que familiares o amistades personales tengan acceso a cualquier información que sea relacionada a mi historia dental o salud.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## **Póliza Escrita De Finanzas**

Gracias por elegir como oficina dental a Bay Area Dental Office. Nuestra misión es brindarle lo mejor de nuestro servicio Dental. Una parte importante de nuestra misión es hacer el costo de tratamiento fácil y manejable para todos nuestros pacientes ofreciéndoles varias maneras y opciones de pagos.

### **Opciones de Pagos**

- Cash, Cheque, Visa, MasterCard, American Express o Discover Card

Ofrecemos un descuento de 5% (*Full Payment*) para pacientes que paguen el tratamiento con cash, cheque, o tarjeta de crédito por completo antes de empezar el tratamiento. Esto solo aplica para tratamiento con un costo de \$600.00 o más.

- Ofrecemos pagos mensuales convenientes<sup>1</sup> de Care Credit (I.D. requerido)
  - Dándole la opción de hacer pagos mensuales por varios meses.
  - No penalidades ni recargos anuales

### **Bay Area Dental Office requiere pago antes de empezar su tratamiento.<sup>2</sup>**

Para tratamiento que requieren múltiples citas planes de pagos alternativos son proveídos. Para tratamiento más de \$1000 un depósito de 50% es requerido para asegurar su primera cita de tratamiento.

También ofrecemos planes de pagos dentro de la oficina solo para tratamiento de \$600 o más. Si usted decide este plan tendría que pagar el 50% del total de su tratamiento como depósito para empezar y después pagos quincenales, cada 15 días. (Su identificación será requerida y una tarjeta de crédito debe dejar en el archivo o cheques fechados para recibir financiamiento en la oficina). Cobramos 5% interés si sus pagos son más de 2 meses tarde.

Para todos los pacientes que tienen seguro dental estamos contentos en trabajar con usted y su seguro para maximizar sus beneficios y cobrar directamente a su seguro por el tratamiento que necesite.<sup>3</sup>

**Un cargo de \$65.00 será cobrado para pacientes que pierdan su cita o la cancelen sin una noticia de 24 horas.**

Bay Area Dental office cobra \$45.00 por cada cheque rebotado.

Si tiene alguna pregunta por favor siéntase cómodo en preguntar porque nuestro propósito es ayudarle con su salud dental.

\_\_\_\_\_  
*Nombre de Paciente*

X \_\_\_\_\_  
*Firma de paciente o padre/guardián responsable* *Date*

<sup>1</sup> Dependiendo aprobación de crédito

<sup>2</sup> Si usted decide en discontinuar su tratamiento antes de que sea completo, su reembolso será determinado dependiendo su caso.

<sup>3</sup> Si no recibimos pago de su seguro dentro de 90 días usted será responsable por sus pagos y las cuotas de su tratamiento que no fueron pagadas por su tratamiento.

## Formulario de consentimiento para Cáncer Oral

Somos muy preocupación acerca del cáncer oral y realizan exámenes de detección en cada paciente.

La incidencia de cáncer Oral continúa aumentando en los Estados Unidos. La Fundación de cáncer Oral estima que en el 2013, 42.000 norteamericanos serán diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo.

**Alarmantemente, 25% de los casos nuevos de cáncer oral son personas que no cuentan con alguno de los factores de riesgo de estilo de vida tradicional, tales como edad y consumo de tabaco y alcohol.**

Tradicionalmente, los dentistas e higienistas han hecho con el ojo desnudo de detección del cáncer oral, pero recientemente una nueva tecnología, el **VELscope** ha recibido aprobación de la FDA. El **VELscope** (para el alcance de la lesión realizada visualmente) **nos ayudará a localizar e identificar tejido sospechoso en etapas más tempranas antes de que puedan ser mortales preocupaciones.**

VELscope, similar a otros procedimientos de detección temprana como colonoscopia, mamografía, examen de Papanicolau y PSA, es una luz azul, sin dolor, no invasivo que es brilló en la boca del paciente. Las imágenes son vistas a través de la parte posterior de la pieza de mano VELscope y la higienista o el dentista puede encontrar las anormalidades del tejido en una etapa anterior, ver cambios en el tejido que pueden no ser visibles al ojo. Estos cambios detectados pueden variar desde algo menor a algo de mayor preocupación que puede requerir mayor examen y seguimiento.

**La prueba de VELscope es un complemento para la detección del cáncer oral visual tradicional y agregará sólo unos pocos minutos para el examen. Sin embargo, el examen VELscope puede o no puede ser cubierto por seguros dentales. La tarifa para este examen mejorada es \$ 25.00. Como parte de nuestro estándar o cuidado y porque nos preocupamos por ti. Le recomendamos que elija este procedimiento de revisión adicional.**

**Por favor firmar el área abajo para acceder a este procedimiento no invasivo y la responsabilidad financiera.**

Una vez más, nos sentimos que esta innovadora tecnología es muy importante para la mejorar la calidad de atención que podemos ofrecer a nuestros pacientes.

Gracias por su amable consideración.

**SÍ**, Yo autorizo a la oficina para realizar el examen Velscope.

**NO**, Yo me opongo a que la oficina realice el examen de Velscope.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma de responsable (adulto) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_