

# ¡Bienvenido!

Chart #:

Nos complace darle la bienvenida a usted. Por Favor, tome usted unos minutos para llenar esta forma lo mas completamente posible. Si usted tiene alguna pregunta nos complacerá ayudarle. Esperamos trabajar con usted para mantener su salud dental.

## ¡Queremos obtener un mayor conocimiento de Usted!

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ SS/HIC/Paciente ID # \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre*  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Casado  Quedar Viuda  Soltero  Menor de Edad  
**¿Cómo sabe usted acerca de nosotros?** \_\_\_\_\_  Separado  Divorcio  Cónyuge = Union libre  
Si es Menor de Edad, Nombre de Responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Parte Responsable: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Paciente Empleado/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleado/Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleado/Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
En Caso de Emergencia, Contactar a: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
2<sup>nd</sup> Emergencia, Contactar a: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Para Propósitos de Seguro

Subscriber: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre*  
Relación de la Paciente:  Yo  Esposa(o)  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_ ID#/SS#: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: (Si diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador del Subscriber: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección del Comercio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Comercio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de la Compañía del seguro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Miembro ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_  
Los nombres de otros dependientes cubiertos bajo este plan \_\_\_\_\_  
¿Es cubierto el Paciente por el seguro adicional?  Sí  No

## Queremos Cuidar de Su Mejoria y Necesita Primero...

¿Actualmente cuál es su problema? \_\_\_\_\_  
¿Evita usted cepillar cualquier parte de la boca?  Sí  No  
¿Sangran sus encias al cepillar los dientes?  Sí  No  
¿Los dientes son sensibles a los dulces, al calor/frío, o a la presión de morder?  Sí  No  
Quiero saber acerca de las soluciones a largo plazo que me pueden costar más.  Sí  No  
¿Usted esta satisfecho con la apariencia de sus dientes?  Sí  No  
¿Se pone nervioso con los tratamientos dentales?  No  Poco  Moderado  Muy  
Pienso que mi salud dental es...  Excelente  Bueno  Mediocre  Pobre  
Si podría cambiar mi sonrisa yo haría los dientes...  Mas blanco  Poner en claro  cierre los espacios  Reparar Chips  
Otras mejoras que necesito \_\_\_\_\_

Solicito que todos los beneficios dentales, si hubiere, en otras circunstancias pagaderos a mí por servicios prestados, sean pagados al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es insuficiente para cubrir mis obligaciones y/o un procedimiento. Soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a proporcionar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También consiento a la examinación y/o tratamiento de mi persona y todos los hijos(as) menores aquí listados por doctores, asistentes de doctores y otro personal medico. El no proveer información completa pueda resultar en un cobro a mi persona por servicios.

Estoy conciente de que al firmar abajo certifico que toda la información está completa y es correcta. Esta oficina dental, puede verificar esta información en cualquier fuente que considere necesario (incluyendo pero no limitándose a reportes de crédito) y puede proporcionar a otros información concerniente a mi historial crediticio (o el reporte de crédito) hasta el grado permitido por la ley. Esta es mi autorización extendida a esta oficina dental, para que verifiquen mi historial crediticio.

Firma del Paciente

Firma del la Parte Responsable