

FORMA DE REGISTRATION

Bienvenido a Smile Craft Family Dentistry. Gracias por elegir nuestro consultorio para ayudarlo con sus necesidades dentales. Complete la información a continuación y no dude en hacer cualquier pregunta.

Asegúrese de que su nombre y apellido sean iguales a los de su plan de seguro.

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ # SEGURO SOCIAL: _____

MUJER HOMBRE CASADO: SI NO

DIRECCION DE CASA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TRABAJO: _____ NUMERO CELLULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ QUIEN LO REFIRIÓ? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

INFORMACION DEL SEGURO

NOMBRE DE ASEGURANZA DENTAL: _____

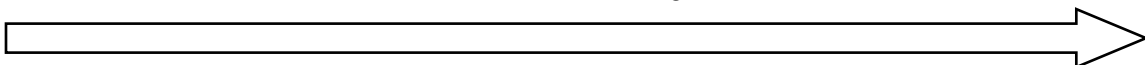
COMPANIA DE TRABAJO: _____

DE IDENTIFICATION: _____

DE GRUPO: _____

FAVOR DE TRAER SU ASEGURANZA DENTAL PARA HACER UNA COPIA

VER ATRAS



HISTORIA MEDICAL

(Si la respuesta es "No" favor de marcarlo con una X en la caja)

ESCRIBE TODOS LOS MEDICAMENTOS O DROGAS QUE ESTAS TOMANDO:

NINGUNA

ESCRIBE LAS COMPLICACIONES MEDICALES QUE TIENE (HIPERTENSIÓN, DIABETES, ASMA, ETC):

NINGUNA

ESCRIBE TODOS LAS MEDICINAS O DROGAS QUE TE DAN ALERGIA:

NINGUNA

Aspirina

Barbitúrico (pastillas para dormir)

Codeína

Anestesia local

Amoxicilina / Penicilina

Sulfa

Látex

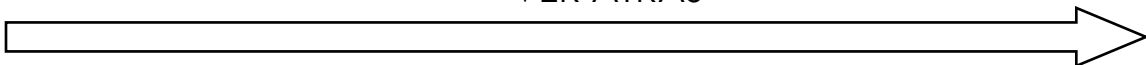
Otro : _____

¿FUMA TABACO? SI NO

RAZON POR SU CITA HOY? _____

¿TIENE DOLOR? SI NO

VER ATRAS



FORMAS DE REGISTRO

Se le pedirá que firme estas formas electrónicamente también. Gracias.

LEY HIPAA DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud protegida a fin de llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso. Una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad se solicita.

INICIALES DEL PACIENTE _____

ACUERDO FINANCIERO

- Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi información a mi compañía de seguros y recibir el pago directamente de ellos. Si el seguro no paga el tratamiento realizado, debe pagar el saldo.
- Entiendo que si comienzo un tratamiento importante que implique trabajo de laboratorio, seré responsable de la tarifa en ese momento.
- Si se envía a colecciones, acepto pagar todas las tarifas relacionadas y los costos judiciales.
- Se harán todos los esfuerzos para ayudarme con mi seguro, pero si no pagan como se espera, yo seguiré siendo responsable.
- Habrá un recargo de \$ 25 por cada pago atrasado en un plan de pago.
- Acepto pagar cargos financieros de 1.5% por mes (18% APR) en cualquier saldo con vencimiento de 90 días.
- Pagaré una tarifa por las citas interrumpidas sin previo aviso con 24 horas de anticipación.
- Los planes de tratamiento pueden cambiar, y yo seré responsable del trabajo realizado.
- Yo soy responsable de pagar el costo de mi tratamiento.

INICIALES DEL PACIENTE _____

HISTORIAL MEDICO

Confirma que lo que marcó en el historial médico en el formulario 'Información del paciente' es exacto y correcto a su leal saber y entender. Confirma / niega cualquier medicamento que se tome, cualquier alergia y / o cualquier problema / condición médica.

INICIALES DEL PACIENTE _____