

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

Información del Paciente

Tabla #

Nombre del Paciente:
Apellido Primer Nombre IM Nombre Preferido

Título: Sexo: Hombre Mujer
Status Marital: Soltero Casado/a Niño Otro

Fecha de nacimiento: Visita Anterior:

Dirección de Correo Electrónico:

Teléfono:
Mobile Casa Trabajo Ext

El Mejor Momento de Llamar:

Dirección:

Ciudad Estado Código Postal

A Quien Le agradeceremos por referirlo a nuestra oficina?

Idioma Preferido: _____
¿Tiene Asegurancia dental? Sí No

Nombre de Asegurancia y Nombre de su Empleador o Contacto de RH
Nombre de Asegurancia Medical y numero de ID#

****Continúe a la próxima página, por favor****

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

Nombre de padre o guardián legal (en letra de molde) si el paciente tiene menos de 18 años:

Pólizas Financieras y de Aseguranza

Nosotros estamos comprometidos en servirle a usted con la mejor calidad de cuidado dental, y nos aseguraremos que usted esté informado a fin de que participe completamente en su cuidado dental, es una parte importante de este plan. La intención de nuestra política es servirle a usted por la minimización de costos inesperadas. Pues, si usted tiene Aseguranza dental, por favor, traiga su tarjeta de Aseguranza en su primera cita. Las siguientes secciones contienen información sobre nuestras políticas financieras. Por favor, marque cada caja a la izquierda para indicar si usted las ha leído y las ha entendiendo.

- Sus beneficios dentales están basados en un contrato entre su Aseguranza y su empleador. Como un servicio adicional, contactaremos su seguridad para obtener un estimado de gastos, pero este no puede garantizar cubrir los costos. Si usted tiene preguntas sobre sus beneficios, por favor, contacte su empleador o su Aseguranza directamente. La mayoría de beneficios de planes dentales no pagará el todo de su cuidado dental, estos planes solo tienen la intención de ayudarle con su pago.
- Actualmente, nosotros aceptamos seguranzas privadas. Aunque podemos obtener información de cuanto cubre dada compañía, la cobertura puede cambiar y por eso es imposible darle a usted un presupuesto garantizado. Nosotros ESTIMAMOS su porción por la más actualizada información que tenemos, pero es solo una estimación. Tener presente que este no es una garantía de cobertura.
- Su responsabilidad estimada para tratamiento es pagada al momento de servicio y le pasamos la factura a su aseguranza para el resto como una cortesía. Si su aseguranza no paga dentro de 90 días, nosotros reservamos el derecho de pedirle el pago por completo. Usted puede colectar los fondos de aseguranza que están debidos a usted. Este es raro, pero es importante que reconozca que la aseguranza que tiene es un contrato legal entre usted y su compañía de segura. En última instancia, usted tiene la responsabilidad de todas cargas que están incurridas en nuestra oficina.
- Servicios dentales están pagados antes de cada cita con dinero efectivo, Visa, MasterCard o financiaciones dentales. Nosotros NO ACEPTAMOS cheques. Como una cortesía, le pasamos la factura a su seguridad directamente para servicios recibidos. Copagos estimados y deducibles que no esten cubiertos por su seguridad se deberan al momento de servicio.
- Ofrecemos programas de crédito por agencias terceras como CareCredit, Chase Health Advance and Citi Health. Estas compañías ofrecen créditos de salud baratos, y en algunos casos, gratis, que pueden proveer un plan flexible y también los créditos pueden ser usados por otros servicios de salud, con crédito aprobado. Esta información está disponible en nuestra recepción.
- Yo he leído la información de arriba sobre La Póliza de Pago para la práctica dental y consiento en sumarse a la oficina.

Firma del paciente, padre, o guardián legal:

Firma: _____

Fecha:

****Continúe a la próxima página, por favor****

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

Fecha de respuesta:

Nombre del Paciente:

Apellido

Primer Nombre

IM

Nombre Preferido

Por favor, dejenos saber sobre su historial medico y dental para servirle con más eficiencia y poner su salud y bienestar como la primera prioridad:

El nombre y teléfono de su doctor principal; Fecha de su última visita:

Por favor, marque alguno del seguimiento para indicar SÍ:

- ¿Ha tenido complicaciones después de tratamiento dental?
- ¿Está bajo cuidado del médico debido a una condición específica?
- ¿Ha estado en el hospital en los ultimos años debido a una surgía o enfermedad?
- ¿Está tomando algun medicamento con prescripción o sin prescripción?
- ¿Usa tabaco (fumar o masticar)?
- ¿Toma bisfosfonatos: Actonel, Actonel+Ca, Aredia, Bonvia, Didronel, Fosamax, Fosamax+D, Reclast, Skelid y Zometa?
- ¿Tiene algún otra condición, enfermedad, etc., que no este en la lista de arriba que necesitemos saber?

Si algunas de las preguntas fueran marcadas, por favor explique:

Forma de Historia Medical y Dental

MUJERES: ¿Está embarazada?

****Continúe a la próxima página, por favor****

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

Sí No

¿Cuándo es la fecha de parto?

Por favor, indique si ha tenido / tiene lo siguiente:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> *Pre-Med-Amox | <input type="radio"/> *Pre-Med-Clind | <input type="radio"/> *Pre-Med-Otro | <input type="radio"/> Alergias |
| <input type="radio"/> Alergia- Aspirin | <input type="radio"/> Alergia-Codeine | <input type="radio"/> Alergia-Erythro | <input type="radio"/> Fiebre del heno |
| <input type="radio"/> Alergia- Látex | <input type="radio"/> Alergia-Otro | <input type="radio"/> Alergia-Penicilina | <input type="radio"/> Alergia-Sulfa |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Coyunturas Artificiales | <input type="radio"/> Asma |
| <input type="radio"/> Enfermedad Sangre | <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Mareo |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Sangrado Excesivo | <input type="radio"/> Desmayo | <input type="radio"/> Glaucoma |
| <input type="radio"/> Heridas de cabeza | <input type="radio"/> Enfermedad Cardiaca | <input type="radio"/> Suplo | <input type="radio"/> Hepatatis |
| <input type="radio"/> Presion alta | <input type="radio"/> VIH | <input type="radio"/> Icteria | <input type="radio"/> Enfermedad Renal |
| <input type="radio"/> Enfermedad higado | <input type="radio"/> Trastorno Mental | <input type="radio"/> Transtorna Nervioso | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Embarazo | <input type="radio"/> Tratamiento de Radiacion | <input type="radio"/> Problemas con respiracion |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumatica | <input type="radio"/> Reumatismo | <input type="radio"/> Apoplejia | <input type="radio"/> Problemas de Seno |
| <input type="radio"/> Tumores | <input type="radio"/> Problemos del estamago | <input type="radio"/> Enfermedad venera | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| | <input type="radio"/> Úlceras | | |

¿Tiene otros problemas de salud o alergias?

****Continúe a la próxima página, por favor****

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

¿Cuál es el propósito de su visita dental hoy?

¿Cuándo fue su última visita al dentista (si fue a una oficina diferente)?

¿Con que frecuencia usted se cepilla sus dientes?

- 3 (+) al día Dos veces al día Una vez al día Semanal Casi nunca

¿Con que frecuencia usa hilo dental?

- 1(+) al día 2-6 semanal 1-6 cada mes Casi nunca Nunca

Por favor, marque alguno del seguimiento para indicar SÍ:

- ¿Sangran sus encías cuando se cepilla sus dientes o usa hilo dental?
- ¿Tienen sensibilidad sus dientes a temperatura fria o caliente?
- ¿Hay dolor con sus dientes actualmente?
- ¿Rechina sus dientes (cuando duerme o cuando esta consciente)?
- ¿Tienen dientes flojos o está preocupado por algun diente que se este poniendo flojo?
- ¿Tiene implantes dentales, prótesis dental o dentadura parcial actualmente?
- ¿Está contento con su sonrisa?
- ¿Le interesa blanquear sus dientes?
- ¿Quisiera enderezar sus dientes?

Si algunas de las preguntas fueran marcadas, por favor explique:

****Continúe a la próxima página, por favor****

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

A mi mejor entender, toda la información presente es verdad y correcta. Si tengo un cambio con mi salud, yo informaré a la oficina en mi próxima visita dental sin falta.

Autorización

Por la presente yo certifico que he leído y he entiendo la información anterior y la cual es actualizada y correcta al mejor de mí entendimiento. Yo reconozco que si presento información inexacta o incorrecta habrá la posibilidad de ser peligroso para mi salud.

Yo autorizo que el diagnostico de mi salud dental por radiografía, modelos del estudio, fotografías, u otras ayudas diagnosticas se consideran ser apropiados.

Yo autorizo la dentista revelar alguna información incluyendo el diagnóstico y el archivo de tratamiento o examinación para mí o mis dependientes a la seguridad tercera, pagadores, y/o proveedores de servicios médicos. Yo autorizo que mi seguridad de el pago directamente al dentista o práctica dental ser aplicado directamente a algunos pagos pendientes en mi cuenta

Yo entiendo que tengo y responsabilidad financiera para algún pago pendiente y servicios prestados que no son cubiertos completamente por mi seguridad y es posible que me facturen por el resto del balance. Yo accedo y acepto ser responsable para el pago de todos de los servicios prestados en mi nombre o en mis dependientes (si los tengo).

Firma del paciente, padre, o guardián legal:

Firma: _____

Fecha:

Relación con el paciente:

respuesta:

Fecha de

****Continúe a la próxima página, por favor****

Ranieu Family Dental

512 NE 81st St

Ste # G

Vancouver, WA 98665

(360)735-9422

ranieufamilydental@gmail.com

ranieudental@gmail.com

Pólizas de la Privacidad y Reconocimiento del Pedido del Archivo de Ranieu

Nombre del Paciente:

Apellido

Primer Nombre

IM

Apodo

Yo entiendo que las leyes federales, las leyes del estado, y los requisitos éticos, imponen obligación con respeto a la confidencialidad del paciente y limitan la capacidad para usar servicios determinados a transmitir información determinada a un tercero. Yo entiendo que la oficina dental representa y garantiza que todas las veces, durante los terminos del contrato, y después, cumplirá con todas las leyes, directos o indirectos, las cuales pueden, ahora o de aquí en adelante, controlar el recoger, el usar, la transmisión, el procesar, el recibir, el reportar, el revelar, el mantener, o el guardar de mi información. También, la oficina dental puede usar o esfuerzos buenos causar todos a personas/entiendas sobre la dirección o el control de cumplir con estas leyes. Yo entiendo que la práctica dental puede usar esfuerzos comerciales razonables para mantener la confidencialidad de toda la información del paciente. Yo entiendo que la practicas dental **NI PUEDE NI ASUME CUALQUIER RESPONSABILIDAD DE USAR O ABUSAR DE TODA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE O CUALQUIER INFORMACIÓN TRANSMITIDA, COMO UN PEDIO DE ARCHIVO, SE REQUIERE QUE TODO EL ARCHIVO ESTE ESCRÍTO ANTES DE AUTORIZACIÓN POR EL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL.**

He leído y he recibido una copia del aviso de la práctica de privacidad de esta oficina y he leído la información con respeto a mis archivos.

Firma del paciente, padre, o guardián legal:

Firma: _____

Fecha:

Relación con el paciente:

Fecha de respuesta:

****Continúe a la próxima página, por favor****