

<b>Información Del Paciente</b>	<b>Información De La Aseguranza</b>
Paciente: _____ Primer Nombre            2do. Nombre            Apellido	Nombre Del Asegurado: _____ Nombre            Apellido
Dirección: _____ Apt _____	Relación al Paciente: _____
Ciudad: _____ - Estado: _____ Código Postal: _____	Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____	Seguro Social: _____ - _____ - _____
Sexo: ___M___F Seguro Social: _____ - _____ - _____	Nombre de Empleador: _____
Teléfono De Casa: _____	Nombre de Compañía De Seguro: _____
Celular: _____	Numero de Membrecia: _____
Teléfono De Trabajo: _____	Número De Grupo: _____
Estado Civil (marque uno): ___Casado(a)___ Soltero(a)___ Menor ___Divorciado(a)___ Viudo(a)	
Le podríamos mandar correspondencia por email? Y / N	
Correo Electronico: _____	
Podríamos recordarle sobre su cita vía texto a su celular? Y/ N	
Persona autorizada para recibir información del paciente:	
Nombre completo: _____	
Relacion: _____ Tel #: _____	
Contacto de emergencia? _____	
Relacion: _____ Tel #: _____	

### Parte Responsable

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Tel #: \_\_\_\_\_

### Referencias

Como escucho de nosotros? \_\_\_\_\_  
A quien le damos las gracias por referirnos?  
Nombre: \_\_\_\_\_  
◇Familia          ◇Amigo          ◇Compañero(a) de trabajo  
◇Otro: \_\_\_\_\_

### Historial Medico

Actualmente está usted bajo cuidado médico? ◇SI o ◇NO porfavor explique: \_\_\_\_\_  
Ha sido alguna vez hospitalizado o tenido una operación mayor? ◇SI o ◇NO porfavor explique: \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna vez herida de cuello o cabeza? ◇SI o ◇NO porfavor explique: \_\_\_\_\_  
Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? ◇SI o ◇NO porfavor explique: \_\_\_\_\_  
Toma actualmente o ha tomado la droga Phen-Fen o Reflux? ◇SI o ◇NO porfavor explique: \_\_\_\_\_  
Tiene alguna dieta especial? ◇SI o ◇NO porfavor explique: \_\_\_\_\_  
Usa usted algún producto del tabaco? ◇SI o ◇NO

**Mujeres Solamente** - Esta Usted: ◇ Embarazada o intentando?      ◇ Usando anticonceptivos?      ◇ Lactando?

**Es usted alérgico a cualquiera de lo siguiente:**

◇ Aspirina    ◇ Penicilina    ◇ Codeína    ◇ Anestesia local    ◇ Acrílico    ◇ Metal    ◇ Látex    ◇ Otro \_\_\_\_\_

### Porfavor Marque Lo Que Ha Tenido O Si Tiene Usted Alguna De Las Sigüientes Condiciones.

◇ SIDA o VIH positivo	◇ Medicina de cortisona	◇ Hemofilia	◇ Perdida reciente de peso
◇ Alzheimer	◇ Diabetes	◇ Hepatitis A	◇ Diálisis renal
◇ Anafilaxia	◇ Adicción a drogas	◇ Hepatitis B o C	◇ Fiebre reumática
◇ Anemia	◇ Fácilmente sin aliento	◇ Herpes	◇ Reumatismo
◇ Angina	◇ Enfisema	◇ Alta Presión	◇ Fiebre escarlata
◇ Artritis/Gota	◇ Ataques o Epilepsia	◇ Urticaria o salpullido	◇ Herpes
◇ Válvula del Corazón artificial	◇ Sangramiento excesivo	◇ Hipoglucemia	◇ Enfermedad de células falciformes
◇ Coyuntura artificial	◇ Sed excesiva	◇ Latido irregular del Corazón	◇ Problemas de sinusitis
◇ Asma	◇ Desmayos o mareos	◇ Problemas de los riñones	◇ Espina bífida
◇ Enfermedad de la sangre	◇ Tos frecuente	◇ Leucemia	◇ Enfermedad estomacal/intestinal
◇ Transfusión de sangre	◇ Diarrea frecuente	◇ Enfermedad del hígado	◇ Infartos
◇ Problemas de respiración	◇ Dolor de cabeza frecuente	◇ Presión baja	◇ inflamación de las extremidades
◇ Problemas de circulación	◇ Herpes genital	◇ Enfermedad del pulmón	◇ Tiroides
◇ Cáncer	◇ Glaucoma	◇ Prolapso de la válvula mitral	◇ Amigdalitis
◇ Quimioterapia	◇ Fiebre del heno	◇ Dolor en las articulaciones de la mandíbula	◇ Tuberculosis
◇ Dolor en el pecho	◇ Ataque o fallo del Corazón	◇ Enfermedad paratiroidea	
◇ Llagas o ampollas en la boca	◇ Murmullo del Corazón	◇ Cuidado siquiátrico	
◇ Desorden congénito/Corazón	◇ Marcapaso	◇ Tumores o crecimientos	
◇ Convulsiones	◇ Problemas del corazón		
◇ Enfermedad venérea	◇ Ictericia		
◇ Ulceras	◇ Tratamiento de radiación		

Comentarios: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



**PÓLIZA FINANCIERA**

Pedimos que todo paciente lea y firme nuestra póliza financiera y complete nuestro formulario de información antes de ser visto por el dentista. Pagos deberán de ser dados el mismo día que el trabajo se lleve a cabo. Aceptamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos algunas seguranzas. Pero debe de entender que:

\*Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos participantes del contrato. Nuestra relación es con usted, no con su póliza de seguro.

**\*Todos los cargos van hacer responsabilidad de usted en caso de que la seguridad no pague.** No todos los beneficios están cubiertos por su seguridad. Algunas compañías de seguros seleccionan procedimientos dentales que no serian cubiertos por ellos.

\*Cargos por servicio, deducibles que no han sido pagados, y co-pagos serán requeridos antes de comenzar cualquier tratamiento.

\*Yo entiendo que los empleados de 7 DAY DENTAL y asociados no son representantes de mi seguridad y el estimado que he recibido no es ninguna garantía que mi seguridad pagara. Los estimados son validos por 30 días. Si su seguridad no paga dentro de 30 días, es responsabilidad suya llamarles para saber que está pasando. **Si su seguridad no paga, usted es responsable por la cuenta final.**

\*Si por alguna razón su cuenta termina con un balance final por más de 30 días, su cuenta podría ser mandada a colección y algunos otros cargos serán aplicados.

\*Yo autorizo a esta oficina dental a que libere cualquier tipo de información dental mía o de mis dependes a mi proveedor de seguridad.

**\*Yo autorizo que mi seguro mande el pago directamente a mi proveedor de servicios.**

**PROTESIS FIJAS O REMOVIBLES:** Toda las coronas, dentaduras o puentes, son únicamente para cada paciente en particular. El pago en total por este tipo de servicio es requerido cuando la impresión inicial se lleva a cabo. Nosotros aceptamos el pago de la parte que hará su seguridad; pero usted tendrá que pagar su parte cuando los servicios se den a cabo. Las prótesis tienen que ser montadas a su debido tiempo para rendirle comodidad y un ajuste apropiado. Si usted tarda más de **60 días** después de la primera impresión para montar su prótesis permanentemente y una segunda impresión tiene que ser tomada, usted tendrá que pagar **\$150.00** más de cargo y cualquier cargo adicional del laboratorio. No hay reembolsos por prótesis fijas o removibles.

**Todas las radiografías tomadas son parte de nuestros archivos permanentes. Hay un cargo de \$15.00 por cualquier duplicado de radiografías y un cargo adicional de \$10.00 por cualquier otra duplicación.**

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Por ley, nosotros tenemos que obedecer los términos de este aviso de prácticas de privacidad hasta que decidamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permitido por la ley. Si este aviso cambia, el nuevo aviso de prácticas de privacidad se aplicara a su historial médico que ya tenemos, así como cualquier información nueva que se genere en un futuro. Si cambiamos nuestro aviso de prácticas de privacidad, pondremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina, y también en nuestra página de internet.

**Nuestro propósito es proveer cuidado dental de calidad en manera oportuna. Por ello hemos tenido que implementar una política de cancelación y no show. La política nos permite utilizar mejor las citas para nuestros pacientes con necesidad de atención dental.**

**CANCELACION DE UNA CITA:** Con el fin de ser respetuoso de las necesidades de otros pacientes, favor de ser cortés y llamar a nuestra oficina si usted no puede asistir a una cita. Este tiempo se le dara a alguien con necesidad urgente de tratamiento. Pedimos que haga el intento de llamar 24 horas de anticipo/antelación.

**POLITICA DE NO ASISTENCIA:** Un "no asistencia" es una cita que no se cancelo por adelantado. "No asistir" incomoda a otros pacientes con necesidades dentales. "El no asistir" a su cita resultara en un cargo de **\$25** por cada media hora programada.

**QUEJAS**

Si usted piensa que no hemos respetado debidamente la privacidad de su información médica, usted es libre de quejarse con nosotros o con el U.S Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights. **Region VI-Dallas (Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, Texas)**

Ralph Rouse, Regional Manager  
Office for Civil Rights

U.S Department of Health and Human Services  
1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202

Voice Phone (214)767-4056, FAX (214)767-0437, TDD (214)767-8940

Nosotros no tomaremos represarías en contra de usted si decide hacer alguna queja. Si desea hacer una queja hacia nosotros por favor de mandar la queja en escrito al 115 W.Seminary Dr. #101 Fort Worth Tx 76115, FAX 817-529-1795 o por correo electrónico al [7daydental@gmail.com](mailto:7daydental@gmail.com). Si usted prefiere, podremos tratar el problema en persona o por teléfono.

**PARA MAS INFORMACION**

Si usted desea más información sobre nuestro aviso de prácticas de privacidad, por favor de llamarnos o contactarnos en persona en nuestra oficina en la dirección y teléfono ya mencionados.

**ACUSE DE RECIBO**

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad del Dr. Jing.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_