

Dental Implants & Periodontics of Connecticut

Por favor visite nos @ www.docfloss.com

Nombre _____ ¿Cómo le gustaría su cita confirmada? Email Texto Teléfono

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Correo Electrónico _____

¿Si da el permiso para dejar un mensaje si usted no está disponible cuando se confirma el nombramiento? Sí No

¿Si da el permiso para que nuestra oficina mande una tarjeta postal con recordatorios de cita? Sí No

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Estado Civil _____ Ocupación _____

Nombre del empleador _____

Nombre del Contacto de Emergencia _____

Teléfono del Contacto de Emergencia (____) _____ Relación _____

Nombre del Dentista General _____

Cuanto tiempo ha estado con su Dentista General _____ Teléfono (____) _____

¿Por quién fue referido? _____

¿Cuál farmacia usa? _____

Todos los pacientes deben firmar a continuación de que entienden nuestra política financiera

Estoy de acuerdo en pagar por los servicios en su totalidad. Entiendo que la oficina me va a ayudar en la presentación de las reclamaciones de seguros, el balance restante después de seguros ha pagado será mi responsabilidad. Si no tengo seguro entiendo que soy financieramente responsable por cualquier y todos los servicios presentados a mí.

_____ **Fecha** _____

Firma de paciente o guardián del paciente

Estoy de acuerdo en pagar un cargo financiero del 1.5% al mes o 18% al año en total debido. También estoy de acuerdo a pagar el coste de la recogida y honorarios de abogado razonables para cualquier deuda atrasada que sea colocada con una agencia de cobros o abogado para la recolección.

_____ **Fecha** _____

Firma de paciente o guardián del paciente

Parte II Empleador/ Información de Aseguranza

Nombre del **plan dental primario** _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de identificación de inscrito _____ Número de grupo _____

Nombre de Empleador _____ Número de Teléfono de empleador (____)_____

Nombre del **plan dental secundario** _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de identificación de inscrito _____ Número de grupo _____

Nombre de Empleador para segundo plan _____

Número de Teléfono de empleador (____) _____

Nombre de **Compañía de Aseguranza para Gastos Médicos** _____

Número de identificación de inscrito _____ Número de grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____ ID de suscriptor _____

Grupo # _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre de Empleador _____ Número de Teléfono de empleador (____)_____

Nombre de **Compañía de Aseguranza para Gastos Médicos Secundaria** _____

Número de identificación de inscrito _____ Número de grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____ ID de suscriptor _____

Grupo # _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Parte III Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo el pago de los beneficios dentales a la entidad dental que se ha indicado anteriormente si no directamente a mí.

_____ Fecha _____

Firma de paciente o guardián del paciente

Yo autorizo la Oficina de Dental Implants and Periodontics of CT. A presentar reclamaciones de seguros por via electrónica o por medio de reclamo por escrito.

_____ Fecha _____

Firma de paciente o guardián del paciente

Nombre de Paciente _____

Parte IV Información Médica

1. Nombre de su Doctor _____
Dirección de su Doctor _____
Número de Teléfono (____) _____
2. Apunte **TODOS** medicamentos que está tomando o que ha tomado recientemente _____

3. ¿Ha tenido algo de las siguientes condiciones?

PREMED para procedimientos dentales	Sí	No	Murmura del corazón	Sí	No
Sangrado anormal	Sí	No	Ataque del corazón/ cirugía	Sí	No
Abuso de Alcohol	Sí	No	Hepatitis	Sí	No
Alergias	Sí	No	Alta presión	Sí	No
Angina de Pecho (del Corazón)	Sí	No	Problemas del Riñón	Sí	No
Artritis	Sí	No	Enfermedad del hígado	Sí	No
Válvula artificial del corazón	Sí	No	Válvula Mitral Prolapso	Sí	No
Reemplazo de coyuntura	Sí	No	Marcapasos de corazón	Sí	No
Asma	Sí	No	Dolor en mandíbula	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	Desórdenes mentales	Sí	No
Cáncer- quimioterapia	Sí	No	Terapia de Radiación	Sí	No
Defecto Cardíaco Congénito	Sí	No	Fiebre Reumática	Sí	No
Coumadin tratamiento	Sí	No	Fiebre Escarlata	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Sinusitis	Sí	No
Respiración dificultosa	Sí	No	Accidente Cerebro-vascular	Sí	No
Abuso de Drogas	Sí	No	Enfermedad de tiroides	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Tumor/ crecimiento	Sí	No
Epilepsia	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Mareos o desmayos	Sí	No	Ulceras de estómago	Sí	No
Dolores de Cabeza frecuentes	Sí	No	Ictericia	Sí	No
Sida / Virus del sida	Sí	No			

Si respondió Si en cualquier pregunta, por favor explique: _____

4. ¿Está tomando Aspirina? Si No ¿Cuántos mg? _____
5. ¿Toma PREMED antes de procedimientos dentales? Sí No

Si respondió Si, por favor explique: _____

6. ¿Ha tenido una enfermedad grave o una operación grave? Sí No
Si respondió si, por favor explique: _____
7. ¿Ha sangrado anormal asociado con la extracción dental, cirugía o trauma previamente? Sí No
Si respondió si, por favor explique: _____

8. Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a alguna de las siguientes:

Aspirina	Sí	No	Eritromicina	Sí	No
Anestésicos dentales	Sí	No	Látex	Sí	No
Joyería	Sí	No	Tetraciclina	Sí	No
Penicilina	Sí	No	Otro: _____		
Codeína	Sí	No			

Si respondió sí, por favor explique: _____

9. ¿Alguna vez ha sido analizado para la diabetes?

10. ¿Fumas? Si No ¿Si respondió sí, cuanto y por cuanto tiempo ha estado fumando?

11. ¿Ha tenido problemas con el abuso de sustancias o alcohol? Sí No

Si respondió sí, por favor explique: _____

Para Mujeres Solamente

1. ¿Está tomando anticonceptivos? Sí No

2. ¿Está embarazada? Sí No

Parte V Información Dental

1. ¿Razón de su cita hoy? _____

2. ¿Tiene dolor dental hoy? _____

3. ¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____

4. ¿A qué frecuencia visita su dentista para limpieza profesional? _____

5. ¿A qué frecuencia usa el hilo dental? _____

6. ¿Tiene un cepillo electrónico? Sí No ¿Si respondió sí, que tipo? _____

7. ¿Usa prótesis dentales removibles? Sí No ¿Si respondió sí, que edad tienen? _____

8. ¿Muele sus dientes? Sí No ¿Si respondió sí, cuando? _____

9. ¿Se pone una guardia dental de noche? Sí No

10. Estas consciente de:

Dolor en las encías Sí No Dientes flojos o moviendo Sí No

Mal Aliento Sí No Retracción de las encías Sí No

Dientes Sensibles Sí No Amordazamiento (ahogar) Sí No

11. ¿Alguna vez le han dicho que tiene la boca de trinchera o enfermedad periodontal (piorrea)? Sí No

12. ¿Por favor describa cualquier tratamiento periodontal previamente que haya tenido? _____

13. ¿Alguna vez has tenido complicaciones con tratamiento dental? Si respondió sí, por favor explique: _____

14. ¿Tiene familia que ha sido diagnosticado con la enfermedad periodontal? Sí No

Si respondió sí, por favor indique quien _____

Por favor indique si existe alguna persona o entidad que usted no da permiso para revelar su Información de Salud Protegida:

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Dr. Jonah Barasz

**CONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA
NOTIFICATION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de esta oficina de la Práctica de Privacidad.

SOLO PARA USO DE OFICINA

Se intentó obtener conocimiento de recibo por escrito de nuestro aviso de práctica de privacidad pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro
