



REGISTRO DE PACIENTE

Nombre: _____ Nombre preferido: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Podemos ponernos en contacto con usted por mensaje de texto/correo electrónico para recordarle las citas? _____

Fecha de nacimiento _____ Ocupación _____

Empleador _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Sexo: Masculino Femenin

Nombre del cónyuge _____ Empleador del cónyuge _____

Contacto de emergencia Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

Si el paciente es menor de edad, indique el nombre del padre o tutor: _____

¿Quién es responsable de esta cuenta _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Número de identificación del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Compañía de seguros: _____ Grupo #: _____

¿El paciente está cubierto por un seguro dental adicional? Sí No En caso afirmativo, proporcione esta información:

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Número de identificación del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Compañía de seguros: _____ Grupo #: _____

Certifico que yo (o mi dependiente) tenemos la cobertura de seguro ya indicada, y cedemos directamente a Advanced Dental Care of Twin Falls todos los beneficios del seguro que pagaderos a mí por los servicios prestados. **Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de todos los cargos, sean pagados por el seguro o no.** Autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todas las reclamaciones de seguros.

Persona responsable Firma: _____ Fecha: _____



¿Cuál es el motivo de esta visita? _____

Fecha de la última visita al dentista: _____

Fecha de la última radiografía dental: _____

Dentista anterior: _____

Marque "Sí" o "No" si actualmente tiene o anteriormente tuvo alguno de los siguientes:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Mal aliento | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Se muerde los labios o las mejillas con regularidad? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Sangrado de encías | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Ampollas en los labios/boca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Se muerde un lado de la boca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Boca seca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Restos de alimentos entre los dientes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Rechina/choca los dientes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Encías inflamadas/sensibles | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Dolor/fatiga en la mandíbula | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Respira por la boca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tratamiento de ortodoncia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dolor alrededor de oreja | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tratamiento periodontal (encías) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Sensibilidad a lo frío | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sensibilidad a lo caliente | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Ha sentido:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| La mandíbula hace clic o ruido | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| Dificultad para abrir o cerrar la boca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Se siente nervioso por someterse a un tratamiento dental? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le gusta su sonrisa? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez tuvo una mala experiencia en el consultorio de un dentista? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

¿Necesita antibióticos antes de un tratamiento dental? Sí No

¿Tiene dolor en este momento? Sí No

¿Alguna vez ha tenido un problema serio/difícil debido a un trabajo dental? Sí No

En caso afirmativo, por favor, descríbala:

¿Le gustaría mencionar algo más antes de comenzar su tratamiento dental?



Su salud en general es: Buena Regular Mala

¿Se encuentra bajo cuidado médico actualmente? Sí No Si es afirmativo, por favor, descríballo:

¿Está tomando actualmente medicamentos recetados o de venta libre? Sí No En caso afirmativo, enumere cada uno:

¿Fuma o consume tabaco? Sí No

Para mujeres:

¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Está usted embarazada o intentándolo? Sí No

¿Está usted amamantando? Sí No

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos? No a todo

Sangrado anormal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol / drogas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Artritis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Huesos/articulaciones/válvulas artificiales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Moretones con facilidad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quimioterapia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desmayos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas cardiacos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hemofilia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Herpes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HIV+/SIDA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Atención psiquiátrica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamiento con radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fiebre reumática / escarlatina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades de transmisión sexual	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas sinusales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas tiroideos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis (TB)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tumores	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlceras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



ADVANCED
DENTAL CARE
of Twin Falls

Política de cancelación

Nuestro equipo en Advanced Dental Care está dedicado a la atención de alta calidad y a dar un servicio excepcional. Nuestros doctores y el personal pasan mucho tiempo preparándose para cada consulta personal. Las citas incumplidas afectan a tres personas: a usted, porque sus necesidades dentales no son cumplidas; al médico o higienista que se preparó para atenderlo; y a otro paciente que está a la espera de recibir la atención necesaria.

Si necesita cambiar su cita, requerimos un mínimo de 48 horas de anticipación para hacerlo. Si no recibimos el aviso adecuado, cargaremos la cantidad de \$45 a su cuenta.

Recordatorios de citas Para ayudarle a recordar sus citas, le enviaremos recordatorios por mensaje de texto, correo electrónico o ambos. Los recordatorios ocurrirán en estas ocasiones:

*Al programar una cita para que pueda agregarla a su calendario

*2 semanas antes de la cita

*3 días antes de la cita para dar tiempo a realizar cambios **antes** del aviso requerido de 48 horas

*2 horas antes de su cita

****La frecuencia de estos recordatorios se pueden personalizar de acuerdo a sus necesidades. Póngase en contacto con nuestra recepción.****

Puede confirmar su cita fácilmente respondiendo "SÍ" por mensaje de texto. Los cambios en las citas solamente se aceptan llamando a nuestra oficina directamente al (208) 734-8080.

Se hará una llamada recordatoria para toda cita no confirmada el día anterior a la cita programada. Cualquier cambio hecho en ese momento estará sujeto a la tarifa de cancelación.

Entiendo la política de cancelación de Advanced Dental Care of Twin Falls

Firma _____ Fecha _____



El personal de Advanced Dental Care de Twin Falls le agradecemos que nos haya elegido como su proveedor dental. Para nosotros es un privilegio atender sus necesidades y esperamos poder hacerlo. Nos comprometemos a brindarle una atención de la más alta calidad y a desarrollar una relación exitosa entre usted como paciente y su familia, y nosotros como su proveedor. Creemos que es vital para esa relación que usted comprenda la responsabilidad financiera que tiene como paciente. Si en algún momento tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras tarifas, políticas o responsabilidades, por favor, no dude en contactarnos al (208) 734-8080.

Nuestras tarifas se basan en los materiales de calidad que utilizamos y en el tiempo, esfuerzo y habilidad necesarios para realizar el tratamiento que necesita. **Nos esforzamos por mantener nuestros precios bajos para nuestra área de ubicación.**

El pago de los servicios debe hacerse al momento del servicio.

Aceptamos las siguientes formas de pago: Efectivo, cheque y todas las principales tarjetas de crédito. **Ofrecemos un descuento del 5% por pago en efectivo cuando se paga por completo al momento del servicio.** Este descuento está reservado para pacientes que no tienen beneficios de seguro y no se puede combinar con ninguna otra oferta.

Otras opciones de pago Aceptamos pagos mensuales **con facilidades** hechos a través de Care Credit (financiamiento de tercero). Care Credit ofrece una variedad de opciones **SIN INTERESES** en planes de 6, 12, 18 y 24 meses.

SEGURO

Su copago **estimado** será pagadero al momento del servicio. Estamos dispuestos a hacer las reclamaciones necesarias para ayudarle a recibir los beneficios completos de su cobertura; sin embargo, **no podemos garantizar ningún estimado de cobertura.** Tenga en cuenta que haremos todo lo posible para asegurarnos de que reciba todos los beneficios de su póliza presentando electrónicamente su reclamación el día de su cita. Si se presenta algún problema, le ayudaremos con la información que pueda necesitar. Damos al seguro 45 días para realizar el pago, momento en el que el saldo se convierte en responsabilidad suya.

Cuentas no pagas

Todos los saldos de cuentas **pendientes de pago a los 90 días** de la fecha de tratamiento **se enviarán a una agencia de cobranzas.** La agencia agregará aproximadamente el 50% al saldo. El paciente será responsable de todos los cargos asociados con este procedimiento.

También sabemos que pueden presentarse situaciones financieras temporales que pueden afectar el pago puntual de su cuenta. Si surgen tales problemas, le invitamos a contactarnos de inmediato para ofrecerle asistencia con la administración de su cuenta. La mayoría de las veces, los malentendidos financieros se pueden arreglar con una llamada telefónica. Por favor, siéntase en libertad de contactar a nuestro personal para comentar cualquier inquietud que pueda tener. Muchas gracias por comprender nuestra política financiera.

He leído y acepto la política financiera de Advanced Dental Care of Twin Falls

Firma del paciente o persona responsable _____ Fecha _____