

Formulario para la Historia de Salud



American Dental Association
www.ada.org

E-mail: _____

Fecha de hoy: _____

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa*: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular*: <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()	
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal					
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: ()	Teléfono celular: ()	
<i>Incluya código del área</i>					

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?

Su Nombre _____ Parentesco _____

Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:	(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)			Sí	No	NS
Tuberculosis Activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A diario/ Semanalmente/ Ocasionalmente				Fecha de su última radiografía dental			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico: _____ Teléfono: <i>Incluya código del área</i> _____				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre _____							
Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código: _____				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)							
Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está tomando o ha tomado algún fármaco dietético como el Pondimin (fenfloramina), Redux (dexfenfloramina) o fen-fen (combinación de fenfloramina-fentermina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA			
Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____			
				Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____			
Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÓLO PARA MUJERES Está usted:			
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____				Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Número de semanas _____			
				Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?

Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?

Alergias - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a:							
En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.	Sí	No	NS	Metales (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/ estacional _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS		Sí	No	NS				
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/ Quimioterapia/ Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula Mitral ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, Especifique : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas artificiales en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____				Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E. /ardor persistente ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
				Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó*: _____ Teléfono: _____

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? Explique por favor: _____

NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

FM DENTAL GROUP PLLC

2301 COLUMBIA Pike, Suite 126

Arlington VA 22204

Telephone: 703-566-1121

Fax: 571-319-0953

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el paciente abajo firmante, por la presente autorizo al dentista abajo firmante realizar el procedimiento (s) o curso (s) de tratamiento se enumeran a continuación. Entiendo que mi condición dental y se han discutido varias opciones de tratamiento con el proveedor abajo firmante.

Entiendo los riesgos inherentes al tratamiento (s). He discutido estos riesgos con el dentista. El dentista ha resuelto todas las dudas y preocupaciones que he tenido. Entiendo que los resultados esperados del procedimiento (s) o curso (s) de tratamiento. Entiendo que estos resultados no se pueden garantizar y pueden no ser alcanzados. Soy consciente de mi derecho a renunciar a cualquier tipo de tratamiento y soy consciente de las posibles consecuencias de la falta de tratamiento.

He revelado mi información de la historia de la salud, incluyendo alergias, reacciones a medicamentos, enfermedades, y procedimientos anteriores. Entiendo que la retención de esta información puede influir en el resultado del procedimiento (s) o curso (s) de tratamiento.

Yo autorizo al proveedor abajo firmante y los otros asistentes calificados o profesionales médicos llevar a cabo el procedimiento (s) o tratamiento (s) a continuación. También doy mi consentimiento para que ellos puedan administrar cualquier medicamento necesario y realizar cualquier procedimiento obligatorio que salvan vidas.

Autorizo a cualquier procedimiento necesario que salvan vidas que se deben realizar en caso de una emergencia durante el procedimiento (s) o curso (s) de tratamiento. Entiendo que una transfusión de sangre puede ser parte de un procedimiento de salvavidas y doy mi consentimiento para análisis de sangre necesarios. Doy mi consentimiento para la administración de cualquier medicamento que pueda ser necesario como una medida para salvar vidas.

He discutido las opciones de pago y acordar un plan de pago con la compañía de seguros y / o con el proveedor que suscribe.

Limpieza / Escalado - previene las enfermedades de las encías y caries

Posibles complicaciones: dientes sensibles, de relleno puede ser aflojados, encías sensibles
Iniciales _____

Rayos X - necesarios para realizar los servicios dentales

Posibles complicaciones: la exposición a la radiación (mínimo)
Iniciales _____

Anestesia local - evita el dolor durante los tratamientos y procedimientos

Posibles complicaciones: entumecimiento prolongado más allá de daño normal, los nervios, las reacciones alérgicas moretones, hasta e incluyendo la muerte
Iniciales _____

Extracciones - elimina el dolor y la infección, el último recurso para no rescatable diente

Posibles complicaciones: partículas fracturadas pueden permanecer, irritación de los nervios causando entumecimiento temporal o permanente, parte de diente de mi ser presentada en el seno y requieren

más cirugía, infecciones graves puede llevar mucho tiempo para curar, la mandíbula puede ser rígida y difícil de abrir para un tiempo, si es débil mandíbula puede fracturar, sangrado excesivo

Iniciales _____

Los revestimientos adherido- mejora la apariencia, cubriendo espacios y vacíos y los dientes descoloridos

Posibles complicaciones: bordes pueden manchar después de un tiempo y necesitan ser refrescado, la rotura puede ocurrir y resultar en la necesidad de rehacer, difícil de eliminar

Iniciales _____

Coronas-Gorras/ Inlays Onlays-- da como resultado una mejora estética, la reparación de un diente que se ha roto o gravemente dañadas, evita diente se fracture, elimina los espacios, tiene un diente postizo en el lugar como parte de un puente, forma una estructura sólida para conectar un prótesis parciales, férulas dientes flojos para fortalecerlos, utilizado para el diente que ya no puede ser llenado, se completa un implante

Posibles complicaciones: porcelana de la corona se puede fracturar, la corona se podría salir y necesitan ser cementadas de nuevo o reemplazado, absceso dental puede y requieren tratamiento adicional, los dientes preparados para coronas vitales, las tapas o los puentes pueden requerir tratamiento de conducto en una fecha posterior

Iniciales _____

Rellenos - eliminar la caries, aliviar el dolor, llenar un hueco o espacio en un diente, proteger una superficie sensible

Posibles complicaciones: diente absceso puede desde el relleno, se puede fracturar el diente, el diente puede ser sensible a los cambios de temperatura, el llenado puede caer hacia fuera, en el caso de rellenos diente profunda puede requerir eventualmente canal de la raíz

Iniciales _____

Dentaduras, puentes, parciales - reemplaza los dientes perdidos, se traduce en una mejora estética, mejora la eficiencia masticatoria, mantiene la estructura de los dientes remanentes

Posibles complicaciones: porcelana puede fracturar, las prótesis pueden romperse y necesitan ser cementadas de nuevo o reemplazado, en forma puede cambiar con el tiempo y requieren de ajuste o nueva prótesis, puede dañar los dientes adyacentes, cierres metálicos pueden ser visibles, decaimiento puede ocurrir en broches, los parciales puede mueven al masticar

Iniciales _____

Endodoncia - elimina la caries, alivia el dolor, guarda el diente

Posibles complicaciones: no diagnosticable fractura de la raíz no puede ser corregida y el diente debe ser extraído, no diagnosticable conducto auxiliar no se puede corregir y el diente debe ser extraído

Iniciales _____

Cirugía de Encías - elimina las infecciones, reduce bolsas de alimentos alrededor de los dientes, ayuda a eliminar la acumulación de sarro, elimina los olores, reduce el tejido cubierto

Posibles complicaciones: puede ser necesario repetir después de un tiempo, el dolor después del procedimiento, puede perder los dientes si las encías no responden al tratamiento

Iniciales _____

Confirmando que tengo entendido este formulario y la información que contiene.

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Firma del Dentista

Fecha

FM DENTAL GROUP PLLC

2301 Columbia Pike, Suite 126

Arlington VA 22204

Telephone: 703-566-1121

Fax: 571-319-0953

REGLAMENTO DE CITAS

Hacemos todo lo posible para ver a cada uno de nuestros pacientes a tiempo y requerimos esa misma actitud hacia nosotros. Los periodos de tiempo de cada cita están reservados con la cantidad de tiempo justo para el tratamiento dental que se vaya a realizar; es por esta razón que cualquier modificación de citas afecta enormemente a otros pacientes.

Se necesita un mínimo de dos días hábiles para cualquier cambio de su cita. Nos reservaremos el derecho de cobrar una multa de \$50.00 por romper una cita sin previo aviso y deberá pagar esta multa antes de ser visto en una siguiente cita.

Iniciales aquí _____

ACUERDO FINANCIERO

Para mantener un alto nivel de cuidado profesional al mínimo costo posible para usted, se estableció el siguiente acuerdo:

1. Se requiere el pago que le corresponde el mismo día del tratamiento, aceptamos dinero en efectivo, tarjetas de débito o crédito Visa, MasterCard, Discover, American Express. Un cargo de \$25.00 será aplicado a cualquier cheque sin fondos.
2. Aceptamos la mayoría de seguros con previa verificación de elegibilidad y beneficios. **Los deducibles y porciones estimadas del paciente que no fueran cubiertas por su seguro serán cobrados el mismo día que se realicen los servicios.**
3. El monto total relacionado con el tratamiento es enteramente responsabilidad del paciente. En caso de que el seguro no paga su parte dentro de un plazo de sesenta (60) días o no se reciba el pago del seguro como lo estimado anteriormente todo el balance restante será responsabilidad del paciente.
4. Los tratamientos que consistan de varias visitas requieran apropiado monto inicial para cubrir costos de laboratorio y material. El balance restante será cobrado el día en que el tratamiento sea completado.
5. Plan de Pagos podrán ser habilitados y arreglos deberán hacerse con anticipación del tratamiento. Sera necesario la calificación y verificación de su crédito, tenga en cuenta que en un plan de pagos se podrá cobrar un significativo monto inicial y cargos financieros mensuales podrán ser cobrados.
6. **Saldos deben ser pagados al recibir el estado de su cuenta con este establecimiento.** Los saldos que no sean pagados en 25 días después de haber recibido su estado de cuenta estarán sujetos a un cargo del 1.5% de interés mensual (o un mínimo de \$3.00).
7. Cualquier cargo hecho a esta oficina proveniente de compañías de colecciones relacionado con su cuenta retrasada será añadido a la cuenta del paciente con un cargo mínimo de \$25.00.

Esperamos que esta información haya sido de ayuda para responder algunas de las preguntas que usted haya tenido sobre nuestros reglamentos, Por favor siéntase libre de hacer cualquier pregunta que usted tenga para nosotros.

Yo he leído toda la información y estoy de acuerdo con los términos y condiciones.

Patient /responsible Party Signature

Date