



10967 Allisonville Rd, Ste. 200
Fishers, IN. 46038
317-572-8626

Información del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

*Dirección Residencial: _____ #Apartamento/Lote: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

#De Celular: (_____-) _____ #De Casa: (_____-) _____

*Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ #Seguro Social: _____ #De Licencia: _____

Sexo: F M Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

¿Podemos comunicarnos por correo electrónico y/o mensajes de texto?

Si NO Correo Electrónico: _____

Nombre si tiene algún familiar que sea paciente de nuestra oficina: _____

Nombre y Dirección de su trabajo: _____

¿Podemos hablar a su trabajo? Si NO #Del Trabajo (_____-) _____ #Ext: _____

*Nombre algún contacto en caso de emergencia: _____ #De teléfono: _____

Si el paciente es menor de edad, escriba el nombre del papá/mamá/encargado

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Información del Seguro Dental

¿Tiene Seguro Dental? Si NO Nombre de la compañía del seguro dental: _____

Nombre de la persona principal en la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

#SS: _____ #ID (que aparece en la tarjeta del seguro dental): _____ #De grupo: _____

#Teléfono para proveedores: _____

Nombre del Trabajo: _____ Dirección: _____

**Nosotros enviaremos los cargos de los procedimientos al seguro dental como una cortesía a nuestros pacientes.
Cualquier cargo que no sea cubierto o pagado por el seguro el paciente es responsable.**

¿A Quién le damos las gracias por referite a nuestra oficina? _____

Persona responsable del pago (si no es el paciente): _____

Explique cuál es la razón de su visita: _____

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/PERSONA ENCARGADA

FECHA



NOMBRE DEL PACIENTE _____

Aunque el personal dental primordialmente trabaja en el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Problemas de salud que pueda tener o algún medicamento que está usted tomando, pudiera tener una importante relación con el cuidado dental que va usted a recibir. Gracias por contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Está usted bajo el cuidado de un doctor en este momento? Si No Si, por favor explique _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación? Si No Si, por favor explique _____
- ¿Ha estado lastimado de la cabeza o cuello? Si No Si, por favor explique _____
- ¿Está tomando algún medicamento? Si No Si, por favor explique _____
- ¿Está tomando o ha tomado Phen-Fen o Redux? Si No _____
- ¿Está en una dieta especial? Si No _____
- ¿Usa tabaco o cigarrillos? Si No
- Usas alguna sustancia controlada (droga)? Si No

MUJERES: ¿Estas Embarazada/Quieres embarazarte? Si No ¿Estas Amamantando? Si No ¿Tomando anti-conceptivos? Si No

¿Es alérgico a alguna de estas medicinas?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestesia Local Otro

Por favor explique: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- SIDA/VIH + Dolores de Pecho Dolores de cabeza Pálpitos irregular de corazón Fiebre Escarlata
- Alzheimer Fuegos Herpes Genital Problemas de riñón Sinusitis
- Anafilaxis Desorden Congenial Glaucoma Leucemia Espina Bífida
- Anemia del corazón Alergias Enfermedad del hígado Embolia
- Anginas Convulsiones Ataques al corazón Baja Presión Enfermedad de tiroides
- Artritis/Gout Diabetes Soplo del Corazón Enfermedad del pulmón Tuberculosis
- Válvula Artificial Adición a las drogas Fabricante del Corazón Prolapso de válvulas Tumores
- del corazón Problemas del Corazón Dolor de quijadas Hidropesía, Edema Ulceras
- Asma Enfisema Hemofilia Enfermedad paratiroides Enfermedades Venéreas
- Enfermedad Sanguínea Epilepsia Hepatitis A Cuidado psiquiátrico
- Transfusión Sanguínea Sangrado Excesivo Hepatitis B o C Tratamiento de radiaciones
- Problemas Respiratorios Sed Excesiva Herpes Pérdida de peso
- Marcaciones Fáciles Mareos Alta Presión Diálisis Renal
- Cáncer Tos frecuente Escalofríos o Ronchas Fiebre Reumática
- Quimioterapia Diarrea frecuente Hipoglicemia Reumas

¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave que no se encuentra en esta lista? SI No Si, por favor explique: _____

HISTORIAL DENTAL

Ultima cita al dentista _____

***Tiene usted alguno de los siguientes:**

- Dolor de dientes Gruñir de dientes Sensibilidad Se le atora la comida en los dientes
- Sangrado de encías Dolor de orejas Dificultad al abrir Dificultad al morder

Firma del Paciente/Padre/Persona Encargada

Fecha

Firma del Doctor: _____



ACUERDO DE LA POLIZA FINANCIERA Y CONDICIONES DE NUESTRA OFICINA

Nuestra oficina está comprometida en proveerle a usted la más alta calidad dental, utilizando la mejor tecnología y materiales disponibles. Nuestro equipo trabaja en conjunto para brindar un ambiente positivo para todos nuestros pacientes. Si usted tiene preguntas, por favor háganos saber para poder explicarle y así usted entienda todas sus opciones.

Responsabilidad Financiera: El paciente o persona a cargo es responsable de recibir y/o autorizar cualquier tratamiento. Es legalmente responsable de los pagos que le corresponda al paciente. No podemos enviar estados de cuenta a ninguna otra persona.

Estados de Cuenta: Si usted tiene algún balance en su cuenta, nosotros le enviaremos su factura por correo. Ahí podrá notar su balance actual entre otras especificaciones dentro de su cuenta. Nosotros enviamos las facturas a mediados de cada mes.

Cuentas Atrasadas: A menos que a usted se le haya dado algún plan de pago en particular aprobado en nuestra oficina, su balance debe ser pagado en la fecha que indica su factura. De ser necesario, cuentas que no han sido pagadas en **30 días** después de que se envía la factura por correo, pueden ser referidas a una agencia de colecciones. Todos los gastos razonables que se incurran en el proceso de recolección será responsabilidad del titular de la cuenta.

Seguros Dentales: Le recomendamos familiarizarse con sus beneficios de su seguro dental. Como una cortesía a nuestros pacientes, nuestra oficina enviara el reclamo de los servicios directamente a su seguro dental. Nuestra oficina solo acepta seguros dentales PPO y que envíen sus pagos directamente a nuestra oficina. Al enviar cualquier reclamo a su seguro, no es garantía de que su seguro pague. Por favor comprenda que el paciente, padre o persona encargada tiene la responsabilidad financiera de cualquier servicio y procedimiento dado. Nuestra Doctora recomienda un tratamiento en base a la necesidad de cada uno de nuestros pacientes, no en lo que el seguro pague. Nosotros haremos lo posible de maximizar sus beneficios. Sin embargo pedimos a nuestros pacientes en prepararse para el pago a sus servicios básicos y principales, incluidos los empastes (rellenos), coronas, prótesis y extracciones en el momento de ofrecer estos servicios. Nuestra oficina se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Cobramos en base a nuestra lista de tarifas propias, que se basan lo que es uso y costumbre en dentistas en nuestra área. Su co-pago se basará en estas tarifas a menos que tenga seguro dental. De ser así, las tarifas y co-pagos serán basados en las de su seguro dental. Nuestra oficina hará todo lo posible para cobrar el pago a su compañía de seguro. En el raro caso de que su compañía de seguro no pague dentro de 60 días, el paciente, padre o persona a cargo será el responsable por el balance en su totalidad.

Pagos Requeridos: Cuando se le provee algún tratamiento, nosotros colectamos un porcentaje del costo total que es determinado por un **ESTIMADO** de lo que su seguro podría pagar más cualquier deducible requerido por su seguro. En el caso que su seguro pague menos, nosotros le enviaremos una factura y/o estado de cuenta por correo a su hogar. Por otra parte, si usted paga más de lo que debía, nosotros le enviaremos un cheque de reembolso a su hogar. Si no tiene seguro dental, el pago por cualquier tratamiento y/o procedimiento es requerido el día que se le ofrecen los servicios.

Procedimientos Mayores: Para procedimientos tales como: coronas, puentes, dentaduras, prótesis, endodoncias, entre otros, requerimos que el total a pagar sea hecho antes de la entrega o la finalización de cualquiera de estos procedimientos mencionados.

Opciones de Pagos: Aceptamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito o débito (Visa, MasterCard, Discover). O planes de pagos extendidos y pre-aprobados, tales como CareCredit.

Cheques Devueltos: Habrá un cargo por cheques devueltos por su banco (cheques sin fondo). Una vez que haya un cheque devuelto a nuestra oficina ya no podremos aceptar cheques personales.

Citas y Cancelaciones: Cuando le hacemos una cita a un paciente, ese tiempo es reservado exclusivamente para ese paciente con la dentista. Nosotros valoramos el tiempo que pasamos con nuestros pacientes, de la misma manera le pedimos que por favor considere nuestra oficina y nuestro tiempo. Por favor considere por lo menos 24 horas de anticipación para la cancelación de una cita. Cualquier aviso en menos de 24 horas será sometido a un cargo de \$40 por la cita cancelada sin ninguna notificación previa o a tiempo.

MI FIRMA ABAJO INDICA QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO MIS RESPONSABILIDADES CON TEVERBAUGH DENTAL. AFIRMO QUE ESTOY DE ACUERDO CON LO ESPLICADO EN ESE DOCUMENTO Y QUE SOY RESPONSABLE DE LOS CARGOS INCURRIDOS CORRESPONDIENTES A MÍ EN ESTA OFICINA.

Nombre del Paciente: _____

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/PERSONA ENCARGADA FECHA



10967 Allisonville Rd Suite200
Fishers IN 46038

CONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACION DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD

Yo _____, he leído una copia de la Notificación de Practicas de la Privacidad
(nombre)
(HIPAA) de esta oficina.

(Nombre del paciente/padre/encargado)

(Firma del paciente/padre/encarado)

(Fecha)

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Tratamos de obtener conocimiento por escrito de la entrega de la práctica de privacidad. Conocimiento no pudo ser obtenido por lo siguiente:

- Individuo de se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener el conocimiento
- Una situación de emergencia previno obtener el conocimiento
- Otra Razón (Por favor explique) _____