

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_  
No. de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  
Si es estudiante, nombre de la universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial  
Paciente o empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Cónyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No  
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:  
 Efectivo  Tarjeta de crédito  VISA  MasterCard  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

## Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Continúe en la hoja siguiente

# FARMACIA

# Antecedentes Médicos del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Esta usando lentes de contacto? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?		
Si la respuesta es sí, explique _____			Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina o cualquier otro antibiótico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando?			Medicamentos con Sulfa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis or Levitra en las últimas 24 horas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Consuma tabaco? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Usa sustancias controladas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?			Látex/Goma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (pro favor enumere) _____		
Ataque Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Sólo Mujeres:		
Hinchazón de Tobillos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) ¿Está amamantando? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsia/Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Implante o Reemplazo de Articulaciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis/Ictericia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedades de transmisión sexual ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas Estomacales/Úlceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolor en el pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Quedar Fácilmente sin Aliento ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Derrame Cerebral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fiebre del Heno/Alergias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Radioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pérdida de Peso Reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad Hepática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas al Corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas Respiratorios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prolapso de la Válvula Mitral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros _____		

# Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Aprieta o rechina los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?			14. ¿Usa prótesis totales o parciales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chasquido .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí, fecha de postura _____		
Dolor (articulación, oído, costado de la cara) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrirla o cerrarla .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Le gusta su sonrisa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para mascar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

# Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X  
Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Comentarios del médico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Savon Dental Care  
3311 E. Thomas rd  
Phoenix, AZ 85018  
602)840-1234

## ACUERDO FINANCIERO

Este acuerdo es para informarle de su obligación financiera a nuestra práctica. Estamos comprometidos a proveerle con el cuidado dental más completo usando solamente los materiales y la tecnología de la más alta calidad disponibles en el mercado hoy en día. Todos los gastos en los que incurra por cualquier tratamiento que se proporciona son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Siempre vamos a recomendar un tratamiento basado en sus necesidades dentales, no en base a la cobertura del seguro, que puede ser inadecuado con algunos planes dentales. El seguro dental es un beneficio utilizado para ayudarlo, no para dictar el tratamiento necesario. A medida que trabajamos con usted para llegar a su salud oral óptima, requerimos que el co-pago estimado para el tratamiento se pagará en el momento del servicio. Esta es la parte de nuestros honorarios que su cobertura de seguro no le ayude con. El pago oportuno de los pacientes estimado copagos garantizar que podamos mantener nuestros costos administrativos bajos, lo que resulta en tasas más bajas para nuestros huéspedes.

Su co-pago estimado puede ajustarse después de la hora del tratamiento dependiendo de la reconciliación definitiva de los pagos del seguro. Nuestra práctica acepta dinero en efectivo, cheques, Visa, Mastercard, Discover y CareCredit. Cheques devueltos y equilibrios mayores de 60 días estarán sujetos a las tasas de cobro y los cargos por financiamiento a una tasa del 1,5% mensual (18% anual). Además, nuestra práctica puede, a nuestra discreción, cobrarle hasta \$ 30 para las reservas y las reservas perdidas canceladas con menos de 24 horas anuncio.

**Nuestra práctica se acepta la cesión de beneficios de su compañía de seguros y es importante entender que el acuerdo con respecto a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador, y su**

**compañía de seguros. Aunque estamos dispuestos a presentar reclamaciones dentales en su nombre, no aceptamos responsabilidad por el resultado de la transacción.** Nuestra cumplimentación de los formularios de seguros es una cortesía extendemos en un esfuerzo por ahorrar tiempo y facilitar el pago a nuestra práctica de su compañía de seguros. **Al tener nuestro proceso de la práctica sus formularios de seguros, es importante que usted entienda que esto no elimina su obligación financiera.**

**Los pagos del seguro se reciben dentro de 30-60 días hábiles desde el momento de la**

**facturación. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago a nuestra práctica dentro de los 60 días, le pedimos que pague la totalidad del saldo en ese momento y usted será responsable de buscar el reembolso de su compañía de seguros.** Nuestra práctica no garantiza que su compañía de seguros le ayudará con el pago del tratamiento que recibe de nuestra práctica. Si se rechaza su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento. Nuestra práctica no va a entrar en una disputa con

su compañía de seguros sobre cualquier reclamación, aunque vamos a presentar la documentación necesaria a sus solicitudes de compañías de seguros de resolver cualquier confusión o duda que pueda surgir. Es su responsabilidad para resolver cualquier tipo de disputa por los pagos realizados o no realizados por su compañía de seguros a nuestra práctica.

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL ESTE ACUERDO FINANCIERO

Y AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES

DIRECTAMENTE A LA PRÁCTICA.

\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_

Fecha

# Savon Dental House

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL/PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

### Summary:

By law, we are required to provide you with our Notice of Privacy Practices(NPP). This Notice describes how your medical information may be used and disclosed by us. It also tells you how you can obtain access to this information.

As a patient, you have the following rights:

1. The right to inspect and copy your information
2. The right to request corrections to your information
3. The right to request that your information be restricted
4. The right to request confidential communications
5. The right to a report of disclosures of your information
6. The right to a paper copy of this Notice.

We want to assure that your medical/protected health information is secure with us. This Notice contains information about how we will insure that your information remains private.

If you have any questions about this Notice, the name and phone number of our contact person is listed on this page.

Effective date of this Notice  
Contact Person  
Phone Number

Office Manager

### Acknowledgement of Notice of Privacy Practices

"I hereby acknowledge that I have received a copy of the practice's **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**. I understand that if I have questions or complaints regarding my privacy rights, that I may contact the person listed above. I further understand that the practice will offer me updates to this **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES** should it be amended, modified or changed in any way.

\_\_\_\_\_  
Patient or Representative Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Patient or Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Patient refused to sign Patient was unable to sign because  
\_\_\_\_\_