



### Canyon Falls Dental

**¡Bienvenido! Gracias por seleccionarnos como sus proveedores de la salud dental. Nuestro objetivo es brindarle a usted y su familia un cuidado dental óptimo. Queremos que se sienta bienvenido y lo más cómodo posible en nuestra relación. Queremos animar a nuestros pacientes que hagan preguntas y participar en las decisiones de tratamiento. Esto incluye comprender su plan de tratamiento y nuestra política financiera.**

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Menor, Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Padre/Tutor \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Quien lo refirió? \_\_\_\_\_

#### HISTORIA MÉDICA

¿Alguna vez ha tenido algo de lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias Generales   | <input type="checkbox"/> Jadeo por aire mientras duerme   | <input type="checkbox"/> Marcapasos                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis   | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / mañana   | <input type="checkbox"/> Atención Siquiátrica          |
| <input type="checkbox"/> Válvulas de corazón artificial o articulaciones, tornillos, etc. | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco / problemas   | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda   | <input type="checkbox"/> Hemofilia  | <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso      |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal   | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre  | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA   | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis        |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química  | <input type="checkbox"/> Ictericia  | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño               |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> Roncar/Ronquido               |
| <input type="checkbox"/> Lesiones congénitas del corazón                                  | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja  | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                |
| <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral  | <input type="checkbox"/> Glándulas del cuello hinchado |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos  | <input type="checkbox"/> Úlcera                        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Estudio del sueño durante la noche   | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea            |
| <input type="checkbox"/> Fatiga   |   | <input type="checkbox"/> Otro Enfermedad _____         |

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Fecha de Ultimo Examen Físico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Esta Ud. bajo el cuidado de un médico?  Si  No

¿Por qué condición? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud., algún medicamento?  Si  No

¿Lista de medicinas? \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento?  Si  No

¿A Qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento medical o dental?  Si  No

¿A Qué? \_\_\_\_\_

Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como “fenfen” Esto incluye combinaciones de Lonimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Si  No \_\_\_\_\_

#### Mujeres:

¿Está embarazada?  Si  No

Fecha de Nacimiento de Bebe? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Está amamantando a un bebé?  Si  No

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?  Si  No



**PERSONA PRIMARIA RESPONSIBLE  
DE LA CUENTA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ #de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sex  M  F  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ # de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

**Información de Otro Madre/Padre/  
Tutor Legal/ Espos/a**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ #de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sex  M  F  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ # de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

**Asegurancia Dental (Primaria)**

Nombre de asegurado primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de Asegurancia Dental \_\_\_\_\_ Numero de Póliza \_\_\_\_\_

**Asegurancia Dental (Segundaria)**

Nombre de asegurado primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de Asegurancia Dental \_\_\_\_\_ Numero de Póliza \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NINO

Yo soy el padre, tutor o representante personal de

\_\_\_\_\_  
**(Por favor escriba el nombre del menor)**

y no tengo legalmente prohibido firmar este consentimiento. Al firmar a continuación, solicito y autorizo al personal dental a prestar los servicios dentales necesarios para el niño mencionado anteriormente, incluyendo, pero no limitado a, rayos X, tratamiento de emergencia y administración de anestésicos que se consideren aconsejables por el doctor si estoy o no presente cuando se da el tratamiento.

## **ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE SEGUROS**

Certifico que yo y/o mis dependientes están cubiertos por el seguro con

\_\_\_\_\_  
Primario

\_\_\_\_\_  
Secundario

### ASEGURANZA

\_\_\_\_\_  
Nuestra oficina entiende el valor de los beneficios del seguro, y nos complace ayudarlo a presentar los formularios necesarios. Esto se hace como cortesía para nuestros pacientes y no hay garantía de cobertura. Las compañías de seguros basan la cantidad de beneficios en un programa de tarifas que desarrollaron arbitrariamente. Por esta razón, es posible que reciba un beneficio menor del que estimamos para usted. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros; por lo tanto, todos los pacientes son directamente responsables de todos los cargos. Una vez que su compañía de seguros haya pagado, usted será responsable de cualquier diferencia al recibir nuestro estado de cuenta. Si por alguna razón su compañía de seguros no ha pagado dentro de los **60 días** a partir de la fecha del tratamiento, usted será responsable del saldo total en ese momento.

### ACUERDO FINANCIERO

\_\_\_\_\_  
Reconozco que el pago se debe realizar en el momento del tratamiento. Estoy de acuerdo en que como padres / tutores / representantes personales yo / nosotros somos responsables de todos los cargos de cualquier servicio / tratamiento prestado al menor. Acepto la responsabilidad financiera total de todos los cargos por servicios / tratamiento o artículos proporcionados a mí o al paciente. Entiendo que presentar una reclamación ante mi compañía de seguros no me exime de mi responsabilidad en el pago de todos los cargos.

\_\_\_\_\_  
Los saldos impagos pueden cobrarse un cargo mensual del dos por ciento (2%). Si, por alguna razón, debemos recurrir a la recaudación de dinero adeudado a Canyon Falls Dental a través de una agencia de cobros o por algún otro medio, el paciente o tutor será responsable de pagar todas las tarifas de cobranza y / o intereses cobrados por cuentas vencidas.

### POLIZA DE CONFIRMACION DE CITAS

\_\_\_\_\_  
Como cortesía, Canyon Falls Dental se comunicará por teléfono / mensaje de texto antes de las citas para recordarle al paciente del horario programado para su cita y respondemos a cualquier pregunta que pueda tener. Si el paciente no recibe una llamada, se esperará que él / ella asista a su cita a tiempo.

Para brindarle un mejor servicio y mantener bajo el costo de la atención dental, tratamos de mantener un sistema de citas eficiente. Sin embargo, nuestro costo de proporcionar atención aumenta enormemente cuando las personas no asisten a las citas programadas o cancelan en el último minuto. Requerimos al menos **24 horas de anticipación** para cualquier cita que tiene que cancelar o cambiar. En su segunda cita rota y citas después, se le cobrará al paciente una "cita rota" multa de \$50.

Una cita rota se define como:

- a. Un paciente que no se presenta a una cita programada o que llega demasiado tarde para que se realice el tratamiento.
- b. Una cita cancelada con menos de 24 horas de antelación.

Valoramos a nuestros pacientes y no queremos verlos ir, pero 3 o más "citas rotas" en un período de 12 meses pueden resultar en su retiro de nuestra práctica dental.

Canyon Falls Dental está abierto los Sábados como una conveniencia para nuestros pacientes. Debido a la demanda de citas de fin de semana, los Sábados se consideran un día "NO CANCELAR". Si falla una cita los sábados con menos de 24 horas de anticipación, el paciente no será elegible para futuras citas los sábados.

### CERTIFICACION

La información anterior es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al doctor antes del tratamiento si yo/o el menor nombrado ha tenido un cambio en la condición de salud.

### **INICIALES Y FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**He leído y entiendo toda la información anterior proporcionada por Canyon Falls Dental**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha