

# ASPEN FAMILY D E N T A L

Gracias por seleccionarnos para proveer sus necesidades orales de salud. Prometemos proporcionarle lo mejor con Excelencia, Valor, y el Cuidado en la odontología y esperamos llegar a ser una oficina dental a la que usted llegue a adorar y referiera a familia y amigos.

## Informacion de Remision (¿Qué le convenció a que nos visiten?)

- Remision(¿Quien?) \_\_\_\_\_
- Ubicacion \_\_\_\_\_
- Publicidad (Cual?) \_\_\_\_\_
- Otros (Porfavor describir) \_\_\_\_\_

## Informacion del Paciente

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Correo electronico(appt.recordatorios /facturas ect.): \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil- \_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo- \_\_\_\_\_  
 Casado,  Soltero,  Niño/a,  Viudo,  Divorciado

## Información sobre el hogar (Sólo es necesario completar esta sección una vez por familia)

Guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro (Asegúrese de tener una copia de su tarjetas de seguro primaria y secundaria).

Nombre del subscriptor \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del subscriptor: \_\_\_\_\_

### Políticas de Oficina

Garantimos nuestro trabajo de ser sin errores de técnicas y materials. Reemplazaremos nuestro trabajo gratis **si mantiene las limpiezas y completa todo el tratamiento.**

### Política de privacidad

Estamos comprometidos a mantener toda su información como privado y no discutir o compartir información personal con excepción de los autorizados por usted. Botamos adecuadamente todos los documentos que tienen toda la información personal sobre ellos. Su dirección de correo electrónico se mantiene como privado. Estamos totalmente dispuestos a cumplir con todas las disposiciones de la HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*).

### Consentimiento a los procedimientos

Usted autoriza al doctor Robert M. Baird, Nathan C. Johnson, y / o el personal en Aspen Family dental para llevar a cabo los procedimientos acordados y en el nivel de atención en usted (o en su solicitud, a su menor hijo o pupilo). Nos comprometemos a informarle a usted acerca de todos los procedimientos. Le animamos a preguntar diligentemente con nosotros si tiene alguna pregunta acerca de los procedimientos o su necesidad; queremos que usted este completamente cómodo durante todo el proceso.

### Política de pago

Usted se compromete a ser responsable de su propio proyecto de ley dental. Haremos todo lo posible para ayudar a su proyecto de ley de seguros, pero usted es responsable si no cubren los servicios prestados.

● **Todos los copagos (o total de la cuota para los clientes sin seguro) tienen que ser pagados en el momento del servicio.**

● Usted recibirá un 10% de descuento si usted paga su parte de **todo** el plan de tratamiento antes de empezar el tratamiento, y despues del examen comprensivo.

● Se acepta efectivo, tarjetas de crédito, y cheques.

● Ofrecemos 0% de interés durante 12 meses de financiación por medio de Care Credit.

● **Se cobran \$40 por todas las citas perdidas, sin hacernos saber con 48 horas antes da la cita o si no puede pagar al tiempo de servicio.**

**Esta despuesto a pagar por su cuenta y todos los precios, incluyendo multas por retraso y 35% para colecciones sobre la cuenta, y pagar por todos los precios de procuradores y las tasas judiciales.**

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Historia de Salud

Sí No

1. ¿Ha sido usted objeto de atención medica o algun problema de salud en los últimos años? Si la respuesta es sí,explique: \_\_\_\_\_

2. Nombre o liste el propósito de cualquier medicamento que tome actualmente. \_\_\_\_\_

3. Tiene alergias?  Latex,  Antibioticos,  Metal,  Anestesia local,  Otros (*explique*) \_\_\_\_\_

4. (*Mujer*) ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?

5. ¿Tiene algún dolor ahora? \_\_\_\_\_

6. ¿El tratamiento dental lo hace a usted nervioso?

7. ¿Está interesado en los procedimientos cosméticos (*blanqueado*)?

8. ¿Está interesado en Braces o Invisalign (*adultos y jóvenes*)?

9. ¿Quiere los dientes que falten sean sustituyidos?

10. ¿Cuándo fue su última visita dental? \_\_\_\_\_

11. Otra información que el dentista debe saber \_\_\_\_\_

### ¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

Sí No

Problemas del corazón \_\_\_\_\_

Trastornos de la sangre \_\_\_\_\_

Presión alta

Angina / Dolor en el pecho

Ataque al corazón (*¿cuándo?*) \_\_\_\_\_

Paro cardiaco (*cuando?*) \_\_\_\_\_

Requiere antibioticos antes del tratamiento dental?

Fiebre reumática

Válvulas cardíacas artificiales

Marcapasos

Articulaciones artificiales (*¿dónde?*) \_\_\_\_\_

Se hace moretones fácilmente

Hepatitis o enfermedad del hígado

Tipo? \_\_\_\_\_

Sí No

VIH o el SIDA

Cancer (*tipo?*) \_\_\_\_\_

Asma (*último ataque?*) \_\_\_\_\_

Diabetes (*tipo?*) \_\_\_\_\_

Tuberculosis (*¿cuándo?*) \_\_\_\_\_

Tratamiento psiquiátrico \_\_\_\_\_

Enfermedad de Rinon

Desmayos o Convulsiones

Artritis (*tipo?*) \_\_\_\_\_

Productos de tabaco \_\_\_\_\_

Alcohol (*¿con qué frecuencia?*) \_\_\_\_\_

Drogas de recreo (*i.e. narcoticos*)

Toma medicamentos para la osteoporosis? \_\_\_\_\_

Ruido en su mandíbula

Otro, \_\_\_\_\_

Por lo presente certifico que mis respuestas a las preguntas son exactas. Dado que un cambio en mis condiciones médicas o medicamentos pueden afectar el tratamiento odontológico, estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier subsiguiente nombramiento.

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

(Paciente, guardián o agente oficial legales de paciente)

## Opcion de Pagos

Por favor sepa que este es solo un estimado. Con la cobertura de su seguro el estimado puede ser inferior o el trabajo necesario puede cambiar. **Por favor, no sienta presión para programar el trabajo hasta que esté listo para que se realice.**

**Por favor escoja una de las siguientes,**

\_\_\_\_\_ Pagaré toda mi porcion **antes de comenzar** cada visita. (*Éste es la opción elegido si ésta forma no esta firmada*).

\_\_\_\_\_ Quiero hacer los pagos sin interés a carecredit ( 3, 6, o 12 meses; *ésta opción tiene que ser aprobado antes que la primera visita*).

\_\_\_\_\_ Quiero un 10% de descuento adicional por pagar por todos los trabajos antes de comenzar. (*Tiene que pagar por **todo** el plan de tratamiento antes de empezarlo y **despues** del examen comprensivo, para recibir el descuento.*)

Al firmar abajo, estoy de acuerdo:

- A pagar de acuerdo a la opción de pago elegido anteriormente,
- A pagar **\$40 por cualquier cita perdida sin cambiarla 48 horas antes**, y
- **Pagar cualquier cuenta retrasada si es aplicable.**

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

1392 W. Turf Farm Way, Suite #1, Payson, UT 84651  
(801) 465-4490 Fax: (801) 465-4259  
info@AspenFamilyDental.com www.AspenFamilyDental.com

*ASPEN*  *FAMILY*  
D E N T A L