



FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE DE ATENCION DENTAL ASEQUIBLE

DETALLES DEL PACIENTE

Nombre : _____
 Primer Apellido Nombres Segundo Apellido Título

Nombre de preferencia : _____ Masculino Hembra

Dirección : _____ Ciudad : _____ Estado : _____ CP : _____

SSN : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Teléfono Particular : _____ Teléfono del Trabajo : _____

Celular : _____ Correo Electrónico : _____

Empleador : _____ Ocupación : _____

Estado civil : Socio doméstico Soltero Casado Divorciado Viudo Apartado

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

NOTA: Nos comunicaremos con usted por Correo Electrónico y/o por Teléfono para confirmar la cita.

SEGURO - Primario

Nombre del Suscriptor : _____ Relación con el Paciente : _____ DOB Suscriptor : _____

SSN / ID Suscriptor : _____ Empleador Suscriptor : _____

Nombre Cía. Seguro : _____

Dirección Cía. Seguro : _____

Teléfono Cía. Seguro : _____ Número del Grupo : _____

SEGURO - Secundario

Nombre del Suscriptor : _____ Relación con el Paciente : _____ DOB Suscriptor : _____

SSN / ID Suscriptor : _____ Empleador Suscriptor : _____

Nombre Cía. Seguro : _____

Dirección Cía. Seguro : _____

Teléfono Cía. Seguro : _____ Número del Grupo : _____

ASIGNACION & AUTORIZACION

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro y asignamos directamente a Atención Dental Asequible todos los beneficios del seguro, en su caso, que se me pagarán por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente, autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar los pagos de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

Firma de la Parte Responsable : _____

Relación : _____ Fecha : _____

CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento a los procedimientos necesarios de diagnóstico y tratamiento por el dentista para el adecuado cuidado dental.

Paciente / Guardián Firma : _____



ALPHARETTA OFFICE
3450 Old Milton Pkwy # 110
Alpharetta, GA 30005
Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
3985, Steve Reynolds Blvd,
Suite K101, Norcross, GA 30093
Ph: (770) 806-1255, Fax: (770) 806-1254
Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
3993, Lawrenceville Hwy,
#100, Lilburn, GA 30047
Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento : _____

HISTORIAL MEDICO

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Está siendo atendido por un médico en estos momentos? Si No Si si, Explicar _____
- ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o se ha sometido a una operación mayor? Si No Si si, Explicar _____
- ¿Alguna vez ha tenido una seria lesión de cabeza o cuello? Si No Si si, Explicar _____
- ¿Toma algún medicamento, tabletas o drogas? Si No Si si, Explicar _____
- ¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Si No _____
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos? Si No _____
- Are you on a special diet? Si No _____
- ¿Fuma? Si No _____
- ¿Usa sustancias controladas? Si No _____

- | | | | |
|-----------------|---|---|---|
| Mujeres: | ¿Está embarazada/ Tratando de salir embarazada? | ¿Toma anticonceptivos orales? | ¿Lactando? |
| | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales Acrílicos Metales Látex Medicamentos con sulfamida
- Otros – Si si, por favor explique _____

¿Usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> HIV/Sida Positivo | <input type="radio"/> Cortisona | <input type="radio"/> Radiación | <input type="radio"/> Radiation Treatments |
| <input type="radio"/> Enfermedad De Alzheimer | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Pérdida De Peso Reciente |
| <input type="radio"/> Anafilaxis | <input type="radio"/> Adicción A Drogas | <input type="radio"/> Hepatitis B O C | <input type="radio"/> Diálisis Renal |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Falta De Aliento Frecuente | <input type="radio"/> Herpes | <input type="radio"/> Fiebre Reumática |
| <input type="radio"/> Angina | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Hipertensión Arterial | <input type="radio"/> Reumatismo |
| <input type="radio"/> Artritis/Gota | <input type="radio"/> Epilepsia O Convulsiones | <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> Escarlatina |
| <input type="radio"/> Válvula Cardíaca Artificial | <input type="radio"/> Sangrado Excesivo | <input type="radio"/> Urticaria O Rash | <input type="radio"/> Herpes |
| <input type="radio"/> Articulación Artificial | <input type="radio"/> Sed Excesiva | <input type="radio"/> Hipoglicemia | <input type="radio"/> Siclemia |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Desmayos/Mareos | <input type="radio"/> Arritmias | <input type="radio"/> Trastornos Sinusales |
| <input type="radio"/> Enfermedades De La Sangre | <input type="radio"/> Tos Frecuente | <input type="radio"/> Problemas Del Riñón | <input type="radio"/> Espina Bífida |
| <input type="radio"/> Transfusiones De Sangre | <input type="radio"/> Diarrea Frecuente | <input type="radio"/> Leucemia | <input type="radio"/> Enfermedad Del Intestino/Estomago |
| <input type="radio"/> Problemas Respiratorios | <input type="radio"/> Dolores De Cabeza Frecuentes | <input type="radio"/> Problemas Del Hígado | <input type="radio"/> Apoplejía |
| <input type="radio"/> Hematomas frecuentes | <input type="radio"/> Herpes Genital | <input type="radio"/> Hipotensión | <input type="radio"/> Edemas |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Enfermedad Del Pulmón | <input type="radio"/> Enfermedad Del Tiroides |
| <input type="radio"/> Quimioterapia | <input type="radio"/> Fiebre Del Heno | <input type="radio"/> Prolapso De La Válvula Mitral | <input type="radio"/> Tonsilitis |
| <input type="radio"/> Dolor Torácico | <input type="radio"/> Fallo/Ataque Cardíaco | <input type="radio"/> Osteoporosis | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Herpes labial/ampollas de fiebre | <input type="radio"/> Soplo | <input type="radio"/> Dolor En La Articulación De Mandíbula | <input type="radio"/> Tumores Del Crecimiento |
| <input type="radio"/> Trastornos Congénitos Del Corazón | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Enfermedad Paratiroidea | <input type="radio"/> Ulceras |
| <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Enfermedad/Trastornos Cardíacos | <input type="radio"/> Atención Psiquiátrica | <input type="radio"/> Enfermedad Venera |
| ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad seria no listada arriba? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | <input type="radio"/> Ictericia |

Comentarios : _____

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente, Padre o Guardián _____

Día: _____



ALPHARETTA OFFICE
3450 Old Milton Pkwy # 110
Alpharetta, GA 30005
Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
3985, Steve Reynolds Blvd,
Suite K101, Norcross, GA 30093
Ph: (770) 806-1255, Fax: (770) 806-1254
Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
3993, Lawrenceville Hwy,
#100, Lilburn, GA 30047
Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del Paciente :

Fecha de Nacimiento :

HISTORIA DENTAL

¿Cómo puedo ayudarle hoy?

Su salud dental actual es:

Buena Regular Pobre

¿Usted necesita antibióticos antes de un tratamiento dental?

No Sí

¿Está actualmente con dolor?

No Sí

¿Alguna vez ha tenido tratamiento para las encías?

No Sí

¿Tiene ahora o ha tenido algún tipo de dolor/molestias en su mandíbula? (TMJ)

No Sí

¿Está bajo estrés? (Nuevo trabajo, Cambios, Relaciones)

No Sí

¿Le gusta su sonrisa?

No Sí

¿Hay algo de su sonrisa que le gustaría cambiar?

No Sí

¿Está feliz con el color de sus dientes?

No Sí

¿Sus encías le sangran?

No Sí

Cuantas veces usted:

¿Hilo dental / Semana?

¿Cepillarse / Día?

¿Ha perdido algún diente?

No Sí

¿Alguna vez ha tenido un problema serio/dificultad con el funcionamiento de alguna prótesis dental anterior?

No Sí

¿Ha tenido alguna vez una experiencia dental desagradable?

No Sí

¿Cuándo fue su última limpieza dental?

¿Cuándo fue su última visita al dentista?

¿Por qué dejó su anterior dentista?

¿Cómo podemos acomodarlo mejor durante su visita al dentista?

Aquí en Atención Dental Asequible, ofrecemos una amplia variedad de servicios para mejorar y mantener su sonrisa sana y hermosa. Seleccione cualquiera de los servicios que a continuación que le gustaría que nuestro amable personal lo analice durante su visita.

Blanqueamiento De Diente

Carillas/Lumineers

Invisalign

Six Month Smiles Cosmetic Braces

Cambio De Imagen

Adherencia

Sellados

Corona Y Puente

Implantes/Implantes De Coronas

Parciales/Prótesis Dentales

Guardias Noche/Deportes

Sonrisa Snap-On



ALPHARETTA OFFICE
 3450 Old Milton Pkwy # 110
 Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
 3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax: (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
 3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del Paciente :

Fecha de Nacimiento :

ACUERDO FINANCIERO

- Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi información a mi compañía de seguros y recibir el pago directamente de ellos.
- Entiendo que soy responsable de mi parte estimada de las tarifas de tratamiento en el momento en que se brinda el tratamiento.
- Entiendo que los beneficios de mi seguro dental son una forma de pago que proporciono a esta práctica dental y que el pago del costo total de los servicios que se me brindan es, en última instancia, mi responsabilidad. Esta práctica hará esfuerzos para ayudarme a asegurar un reembolso óptimo de mi plan de seguro. Sin embargo, si la compañía de seguros no paga según lo esperado, yo soy el responsable de todas las tarifas cobradas.
- Entiendo que, debido a la complejidad del diagnóstico dental, los planes de tratamiento a veces cambian. Seré responsable del pago de la atención que realmente se me entregue.
- En el caso de cheques devueltos o cualquier otra inversión de métodos de pago que he proporcionado a la práctica, mi cuenta estará sujeta a una tarifa de procesamiento de **\$30**.
- Si permití que mi cuenta incurriera en una morosidad grave en los pagos, lo que hace que la práctica solicite la asistencia de una agencia de cobros, acepto pagar todas las tarifas relacionadas y los costos judiciales.
- Las cuentas que no se pagan dentro de los **90** días están sujetas a un cargo de financiamiento mensual del **1.5%**.
- Cualquier saldo de seguro no pagado se asume como responsabilidad financiera del paciente.

Firma : _____

Día : _____

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso.

Firma : _____

Día : _____

CITAS PERDIDAS

Entiendo que esta práctica requiere que avise por adelantado en al menos **48 horas** de anticipación para cancelar o reprogramar mi cita. También entiendo que en caso que pierda una cita, proporcione una cancelación tardía o no (dejando de informar a la oficina en al menos **48 horas** por adelantado), mi cuenta estará sujeta a un cargo de **\$25**.

Firma : _____

Día : _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Entiendo que la información que he proporcionado aquí es correcta según mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo al dentista o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otro medio de diagnóstico que el médico considere apropiado para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales. Tras dicho diagnóstico, autorizo al dentista a realizar todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo completamente que usar agentes anestésicos representa ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un reporte completo de posibles complicaciones. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio.

Firma : _____

Día : _____



ALPHARETTA OFFICE
 3450 Old Milton Pkwy # 110
 Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
 3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax: (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
 3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

PANDEMIA COVID-19 - DIVULGACIONES DEL PACIENTE

Este formulario de divulgación del paciente busca información suya que debemos considerar antes de tomar decisiones de tratamiento en la circunstancia del virus COVID-19.

Un sistema inmunológico débil o comprometido (incluidas, entre otras, afecciones como diabetes, asma, EPOC, tratamiento contra el cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o afección médica previa o actual), puede aumentar su riesgo de contraer COVID. 19. Infórmenos sobre cualquier afección que comprometa su sistema inmunológico y comprenda que podemos pedirle que considere reprogramar el tratamiento después de discutir dichas afecciones con nosotros.

También es importante que revele a esta oficina cualquier indicio de haber estado expuesto al COVID-19, o si ha experimentado algún signo o síntoma asociado con el virus COVID-19.

Entiendo y reconozco completamente la información, los riesgos y las advertencias anteriores con respecto a un sistema inmunológico comprometido y he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda resultar en un sistema inmunológico comprometido.

	Yes	No
¿Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultad para respirar o ha tenido problemas para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene secreción nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido recientemente o ha tenido una reducción en su sentido del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes dolor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo en la prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han hecho una prueba de COVID-19 y está esperando los resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en avión o en crucero en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos por aire, autobús o tren en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que he proporcionado anteriormente son verdaderas y precisas.

Firma : _____ Día : _____

Nombre del Paciente: _____