



Nuevos pacientes

Bienvenidos a nuestra oficina. Nuestro propósito principal es servirle a usted y a su familia, para atender sus necesidades de salud dental de una manera considerada y cuidadosamente. Para su protección esta oficina tiene el equipo más moderno, las últimas técnicas, sobre todo seguimos la guía de OSHA en la tecnología avanzada de la esterilización para la protección del personal y del paciente.

Consentimiento para los Servicios

Como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben ser hechos por adelantado. La oficina depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado. La responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Todos los servicios dentales de emergencia, y cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben ser pagados en su totalidad el día que los servicios son realizados. Entiendo que la estimación del tratamiento indicada para este cuidado dental sólo puede extenderse por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.

(Iniciales)_____

Autorización Médica y Dental

He leído la información en el cuestionario de salud y es exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el dentista para ayudar a determinar el tratamiento dental apropiado y útil usará esta información proporcionada. Si hay algún cambio en mi estado médico, informaré al dentista.

(Iniciales)_____

Autorización de seguro

Si usted tiene seguro dental, con mucho gusto procesaremos sus formularios. Sin embargo, le pedimos que pague su porción **estimada** cuando se rinden los servicios. **Recuerde que nuestro contrato de pago es con usted y no con su compañía de seguro.** Estamos felices de enviar el cobro a su seguro como una cortesía, siempre y cuando usted nos halla proporcionado su información completa del seguro. Dejamos 45 días a partir de la fecha de servicio para que su seguro dental haiga pagado la porción que a ellos le corresponde. Después de este período, le pedimos que se haga responsable del balance en su cuenta que está pendiente.

(Iniciales)_____

Opciones de pago

El pago debe realizarse en el momento del tratamiento. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, y todas las principales tarjetas de crédito. También tenemos dos planes de pago sin interés, Care Credit y All Care, que le permiten comenzar el tratamiento hoy y hacer pagos a través del tiempo mensualmente. La solicitud de Care Credit y All Care sólo toma unos minutos y no hay cuota para aplicar.

(Iniciales)_____

Cuidador que no es el padre / tutor

(Sólo para pacientes menores de 18 años)

Le doy permiso a los siguientes adultos para llevar a mi hijo/a a su cita dental. Entiendo que sólo yo y los que se enumeran a continuación tendrán la autoridad para autorizar el tratamiento. Entiendo que cualquier persona que traiga al paciente para un tratamiento no mencionado anteriormente debe tener una carta de consentimiento de mí o el tratamiento podría ser rechazado o retrasado. Esta autorización permanecerá en vigor a menos que se designe por escrito que dicho consentimiento para el tratamiento del menor es cancelado. Notificaré a Wild West Orthodontics de cualquier cambio.

NOMBRE (TUTOR AUTORIZADO)	TELEFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
----------------------------------	-----------------	---------------------------------

NOMBRE (TUTOR AUTORIZADO)	TELEFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
----------------------------------	-----------------	---------------------------------

(Iniciales)_____

HE LEIDO LA POLIZA Y LAS CONDICIONES DE TRATAMIENTO ANTERIORES DE LA OFICINA Y ACEPTO SU CONTENIDO.

Fecha_____

Firma del paciente, padres o tutor

Informacion del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Sexo ____M ____F _____ Casado/a ____ Viudo/a ____ Menor ____ Soltero/a ____ Divorciado/a

Correo Electronico _____ Tenemos su permiso para enviarle por correo nuestra carta de noticias? **SI / NO**

Telefono de Casa _____ Telefono Mobil _____

Nombre de Farmacia y Direccion _____ Telefono _____

Nombre del esposo/a o Padres _____ Empleador _____ Numero de Trabajo _____

A quien podemos agradecer por referirle? _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Telefono _____

Le doy a _____ permiso para Wild West Orthodontics de comunicarse con ellos en relacion a mi tratamiento dental o cualquier pregunta relacionada con la facturacion y o/mis citas

Responsable de Cuenta

Nombre de la persona _____
Responsable de la cuenta _____ Relacion con el Paciente _____

Direccion _____ Telefono de Casa _____

Numero de Licencia _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Numero de Trabajo _____

Informacion de Seguro

Nombre del Asegurado _____ Relacion con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____ Fecha de Empleo _____

Empleador _____ Numero de Trabajo _____

Direcion de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Compania de Seguro _____ Numero de Grupo # _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Numero de Identificacion _____ Numero de Aseguranza _____

Informacion Adicional de Seguro

Nombre de la persona _____
Responsable de la cuenta _____ Relacion con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____ Fecha de Empleo _____

Empleador _____ Nemero de Trabajo _____

Direccion de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Compania de Seguro _____ Numero de Grupo # _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Numero de Identificacion _____ Numero de Aseguranza _____

Historia Dental

Motivo de la visita de hoy _____ Fecha del ultimo cuidado dental _____

Dentista Anterior _____ Fecha de la ultime radiografia dental _____

Circule si ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

Mal aliento Sangrado de las encias Rechino de dientes Sensibilidad alo caliente Dientes flojos o rellenos rotos Sensibilidad a los dulces
Clic de la mandibula Tratamiento periodontal Sensibilidad al morder Sensibilidad al frio Recoleccion de alimentos entre los dientes
Llagas o crecimientos en la boca

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ Con que frecuencia te cepillas? _____

Historia Medica

Nombre del Medico _____ Fecha de la ultima visita _____

Numero del Medico _____

¿Alguna vez ha tomado alguna de las drogas colectivamente denominadas fen-fen? Estas incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (marcas de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (Dexfenfluramina). ___ si ___ no

¿Ha tenido alguna enfermedad o operación grave? **Si / No** En caso afirmativo, describa _____

Estas tomando un anticoagulante? **Si / No** Si es asi, describa _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si / No En caso afirmativo, indique fechas aproximadas _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? ___ Si ___ no Amamanta? ___ Si ___ No ¿Tomas pildoras anticonceptivas? ___ Si ___ No

¿Ha tenido alguna de las siguientes opciones: circule **Si** o **No**

Anemia Si / No	Lesiones cardiacas congénitas Si / No	Hepatitis Si / No	Fiebre escarlata Si / No
Artritis, Reumático Si / No	Tratamientos de cortisona Si / No	Reparación de hernia Si / No	Falta de aliento Si / No
Articulaciones Artificiales Si / No	Tos persistente Si / No	Alta presión sanguínea Si / No	Sarpullido de la piel Si / No
Válvulas cardíacas artificiales Si / No	Tose sangre Si / No	VIH / SIDA Si / No	Derrame cerebral Si / No
Asma Si / No	Diabetes Si / No	Dolor de mandíbula Si / No	Problemas de la tiroides Si / No
Problemas de Espalda Si / No	Epilepsia Si / No	Enfermedad del riñón Si / No	Úlceras Si / No
Sangrado anormal Si / No	Desmayos Si / No	Enfermedad del hígado Si / No	Hábito del tabaco Si / No
Enfermedad de la Sangre Si / No	Glaucoma Si / No	Prolapso de la válvula mitral Si / No	Amigdalitis Si / No
Cáncer Si / No	Dolores de Cabeza Si / No	Marcapasos Si / No	Tuberculosis Si / No
Dependencia química Si / No	Murmullo del corazón Si / No	Tratamiento de la radiación Si / No	Enfermedad venérea Si / No
Quimioterapia Si / No	Problemas de Corazon Si / No	Enfermedad respiratoria Si / No	Hinchazón de los pies o los tobillos Si / No
Problemas circulatorios Si / No	Hemofilia Si / No	Fiebre reumática Si / No	

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correlativo: **Alergias:**

Autorizacion

Al mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, alguna vez tenemos cambios en de salud. Certifico que yo y / o mis dependientes tenemos cobertura de seguro con _____ asignados directamente a **Wild West Orthodontics** todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de lo contrario yo seré responsable por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. La oficina arriba mencionada puede usar mi información de atención médica a la (s) Compañía (s) de Seguros antes mencionada y a sus agentes con el propósito de obtener pago por servicios y determinar beneficios de seguro o los beneficios cubiertos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete el plan de tratamiento actual o un año a partir de la fecha firmada abajo.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Nombre del Paciente

Fecha

*** Importante Alerta Medica ***

Se ha encontrado una conexión entre Fosamax y otros bisfosfonatos con una enfermedad ósea grave llamada Osteonecrosis de la mandíbula (ONJ).

Bisfosfonatos se usan comúnmente en forma de tabletas para prevenir y tratar la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. También se usan en el tratamiento de la enfermedad de Paget. Formas más fuertes administradas por vía oral o intravenosa (IV) se usan comúnmente en el manejo de cánceres avanzados incluyendo, pero sin limitarse a, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de próstata, mieloma múltiple y otros cánceres básicos.

¿Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes bisfosfonatos? Círcule Sí o No

Yes / No Alendronato (Fosamax)

Yes No Raloxifeno (Evista)

Yes / No Clodronato (Bonefos, Ostac)

Yes / No Risedronato (Actonel)

Yes / No Etidronato (Didronel)

Yes / No Terparatide (Foreto)

Yes / No Ibandronato (Boniva)

Yes / No Tiludronato (Skelid)

Yes / No Pamidonato (Aredia)

Yes / No Zoledronato (Zometa)

¿Si sí, cuándo? _____

Médico que prescribe: _____

Nombre

Telefono

Nombre del Paciente o del Responsable

Firma de Paciente o Parte Responsable

Fecha

Aviso de Practicas de Privacidad

Wild West Orthodontics

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CON CUIDADO.

Nuestro compromiso aquí en Wild West Orthodontics es servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cuidado, asegurándose en todo momento de PROTEGER la privacidad y seguridad de toda la Información de Salud Protegida.

Durante el transcurso de servir a sus intereses, puede ser necesario compartir información con otros Proveedores de Atención Médica o Asociados de Negocios. Los siguientes son ejemplos de casos en los que se puede compartir:

- Durante el tratamiento, puede ser necesario consultar con un laboratorio dental.
- Para fines de pago, podemos utilizar los servicios de un servicio de facturación

Durante el cuidado dental, podemos necesitar consultar con su médico o dentista anterior.

- Para propósito de pago, necesitamos proporcionar la información solicitada a su compañía de seguros dentales.

Aquí en Wild West Orthodontics estamos comprometidos a obedecer todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales relacionadas con las Prácticas de Privacidad. Si se necesitan otros usos o revelaciones que los mencionados anteriormente, la información sólo se dará a conocer con la autorización por escrito de la persona en cuestión. El individuo, según lo dispuesto por la ley, puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta o comentario sobre su información de Salud Protegida, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento: (623)536- 2040.

He leído y entiendo la Notificación de Prácticas de Privacidad anteriormente.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
(Paciente o Tutor Legal)

Wild West Orthodontics

Poliza De Cancelacion

Su cita dental a sido especialmente reservado para usted!

Nuestra manager de la oficina le llamara el dia antes de su cita programada, para confirmar su cita que hemos reservado para usted.

Si usted necesita cancelar su cita dental por cualquier razon, amablemente le pedimos nos avise **24-horas por adelantado**, o un cargo de **\$40.00 por Cancelacion** sera aplicado a su cuenta.

HAY UN PERIODO DE GRACIA DE 5 MINUTOS PARA LAS CITAS. DESPUÉS DE 5 MINUTOS, SU CITA SE CONSIDERARÁ PERDIDA.

Gracias por ayudarnos a proveerle calidad en su cuidado dental al respetar el horario de su cita que hemos reservado para usted.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

___ / ___ / ___
Fecha



¿Quiere ser parte de nuestras redes sociales?

Si

No

Yo, _____, doy permiso a Wild West Orthodontic para mostrar mis fotos de antes y después en su Facebook, Instagram, Tik-Tok y / o en el muro de su paciente.

Nombre del Paciente o del Responsable

Firma de Paciente o Parte Responsable

Fecha