

REJISTRACION DEL PACIENTE DE DAVID P. ROBERTSON, DDS, PA

Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primero Segundo

Dirección de Correo _____ Seguro Social # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ TEL. de Hogar _____
 Correo Electrónico _____ TEL. de Celular _____
 Empleo _____ TEL. de Empleo _____

Nombre de Esposo (a) si es casado (a) _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____
 Nombre de Padres (si es menor de 18) _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____
 Razón por esta cita _____ ¿Tiene Seguro Dental? _____
 ¿A quien podemos agradecerle por referirlo? _____

QUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Fecha de la ultima visita al doctor medico _____ | Si | No |
| Razón por la última visita _____ | | |
| Nombre del doctor o clínica _____ | | |
| 2. ¿Alguna vez a sido hospitalizado (a), a tenido una operación o una enfermedad seria?
Por favor haga una lista _____ | _____ | _____ |
| 3. ¿Esta tomando algunas medicinas?
Por favor haga una lista _____ | _____ | _____ |
| 4. ¿Es alérgico (a) a algunos medicamentos, anestésicos dentales, metales o látex?
Por favor haga una lista _____ | _____ | _____ |
| 5. ¿Alguna vez ha necesitado tratamiento especial por sangrar en exceso? | _____ | _____ |
| 6. ¿Usa productos que contienen tabaco?
Por favor circule: Cigarrillos; _____ por dia, Pipa Masticable Sumerjible Otro | _____ | _____ |
| 7. ¿Alguna vez le han dicho que tiene que tomar antibióticos antes de una cita dental por alguna condición de Salud medica? | _____ | _____ |
| 8. Solo si es mujer; ¿esta embarazada, tomando pastillas anticonceptivas o tomando medicamentos hormonales? | _____ | _____ |

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Por favor encierre con un circulo)

Problemas con el corazón/Dolor en el pecho	Articulación Artificial	Hepatitis, Ictericia o
Murmuro del corazón	Asthma o Enfermedad en los Pulmones	Enfermedad en el Hígado
Alta presión de sangre	SIDA	Enfermedad en los
Fiebre Reumática	Enfermedad Venérea	Riñones
Derrame	Transfusión de sangre	Convulsiones, Epilepsia
Medicinas psiquiátricas	Complicaciones con Tiroides	Molestias Nerviosas
Diabetes	Ulcera/Fuegos en los labios	Cáncer
		Tuberculosis

Alguna otra condición medica _____

De acuerdo a mis conocimientos, todas las respuestas indicadas son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio de salud, o si mis medicamentos cambian, yo voy a hacer responsable de informarles a esta oficina en mi próxima cita.

Fecha**Firma del Paciente o Padre****Firma del Empleado/Dentista**

DAVID P. ROBERTSON, DDS

POLIZA DE OFICINA

DAVID P. ROBERTSON, DDS hace reclamos de seguros como cortesía al paciente. Usted es responsable por los pagos y deducible de seguro en el momento que se le sede el servicio.

Su seguro dental es un acuerdo entre usted y su compañía de seguro a pagar una cierta suma especificada por cuidado dental. Los precios de esta oficina no están basados a la cantidad que el seguro pagara. La cantidad aprobada de un procedimiento particular por su seguro dental puede ser más o menos que los precios cobrados. Pago completo de su tratamiento queda exclusivamente su responsabilidad, incluyendo cobros que no son cubiertos por su compañía de seguro.

Su pago debe ser cubierto cuarenta y cinco (45) días después de que se a echo un reclamo por su parte a su compañía de seguro. Si no le es posible asumir su obligación, por favor comuníquese con la oficina de negocios.

Esta oficina no puede esperar por un pago que est en tramites legales que involucre al paciente y personas terceras. (Accidentes automovilísticos, compensación de trabajador, etc...)

Pacientes que no tienen seguro se les espera hacer pago al momento de servicio al menos que otros acuerdos se han hecho con la oficina de negocios.

CITAS: Nos damos el orgullo de poder atenderlos lo más pronto que se nos hace posible a la hora acordada. Este tiempo es reservado exclusivamente para usted. Citas que son rotas o canceladas sin aviso con 24 horas antes son asignadas a un cobro de cita y posiblemente despedida de esta práctica.

AUTORISACION PARA "FIRMA EN ARCHIVO":

Yo, _____, aquí presente autorizo la oficina de David P. Robertson, DDS para poder añadir mi nombre a cualquier y a todas las reclamaciones de seguro o documentos tan como sean relacionados a cualquier y todos los beneficios de salud que me correspondan.

Yo aquí presente autorizo pagos de beneficios dentales que de otra manera son pagados a mí, sean pagados directamente a la oficina de David P. Robertson, DDS.

Esta "Firma en Archivo" será valida después de esta fecha. Una fotocopia de este documento puede ser usada como original.

Yo también autorizo a David P. Robertson, DDS, PA para dar toda información necesaria para asegurar pago de beneficios de portadores de mi seguro dental.

Firma del Asegurado

Testigo

Póliza de Privacidad

Yo recibí una copia de Atención de Oficinas Privadas de esta oficina.

Firma