Jazriel Cruz, D.D.S.

GENERAL DENTISTRY

2405 Charles Street – Fredericksburg, VA 22401 – (540) 371-7777 – Fax (540) 371-7473

Fecha De Hoy _____

INFORMACCION DEL PACIENTE

Nombre _____( ) Casado/a ( ) Soltero/a ( ) Menor / ( ) Hombre ( ) Mujer

Número de Seguro Social _____ Numero de Licencia _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Cuidad _____ Estado _____ Código Postal_____

Teléfono de Casa (___)_____ Celular (___)_____ Trabajo (___)_____

Prefiere que le llamemos a: ( ) Casa ( ) Celular ( ) Trabajo ( ) No Preferencia

Nos da permiso de mandarle recordatorios de su cita por mensaje de texto o correo electrónico? ( ) SI ( ) NO

Correo Electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección de Empleador _____ Cuidad _____ Estado _____ Código Postal_____

Nombre de Esposo/a _____ Teléfono (___)_____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono (___)_____

A Quien le agradecemos por referirlo/a a nuestra oficina? _____

RESPONSABILIDAD DE CUENTA

Persona Responsable de Esta Cuenta ( ) Paciente ( ) Guardián ( ) Esposo/a ( ) Padre ( ) Madre

Nombre de Persona responsable de esta cuenta _____ Teléfono (__)_____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

Nombre de Compañía de Seguro _____ Numero de Identificación _____

Nombre del Principal de la Póliza _____ Relación al paciente_____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____ Teléfono (___)_____

Nombre de Empleador _____ Dirección _____

Yo autorizo al Doctor Cruz o cualquier dentista en esta oficina a proceder con y completar el tratamiento dental como me lo han explicado. Yo entiendo que esto es solo un estimado y es sujeto a modificación dependiendo de algo no visto o no diagnosticado que puede suceder durante el curso de mi tratamiento. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos de dicho tratamiento incluyendo todos los costos que mi seguro dental no cubrió. Yo entiendo que tendré que pagar todos los costos de abogado, agencia de colección, y gastos de corte que puedan acumularse por no pagar cualquier balance.

Firma del Paciente o Guardián X_____ **Fecha** _____

Time 8:37 AM

Jazriel Cruz D.D.S.

Date 6/27/2016

Spanish Medical History

Patient Name: Birth Date: Date Created:

Aunque el personal del consultorio tratara el área en y alrededor de su boca, su boca es una parte de todo el cuerpo . Problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que usted pueda estar tomando, podrían tener una relación importante con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Estás bajo cuidado de un médico?	Yes No	If yes
¿Ha sido hospitalizado/a o tenído una operación importante?	Yes No	If yes
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello?	Yes No	If yes
¿Está tomando algun medicamento o pastillas o medicamentosrecetadas por algun medico?	Yes No	If yes
¿Ha tomado Phen-Fen o Redux? (medicamento para la dieta)	Yes No	If yes
¿Alguna vez ha tomado otros medicamentos que contienen bisfosfonatos como Actonel, Fosamax y	Yes No	If yes
¿Está usted en una dieta especial?	Yes No	
¿Consume tabaco?	Yes No	

Mujeres: Esta usted...

¿Embarazada/intentando quedar embarazada? ?Esta dando pecho? ¿Tomando anticonceptivos orales?

Are you allergic to any of the following?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico

Metal Látex Drogas que Contienen Sulfa Anestésicos Locales

¿Utiliza sustancias controladas?	Yes No	If yes
¿Otro?		If yes

¿Tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes?

VIH Positivo	Yes No	Medicina de Cortisona	Yes No	Hemofilia	Yes No	Tratamientos de Radiación	Yes No
Enfermedad de Alzheimer	Yes No	Diabetes	Yes No	Hepatitis A	Yes No	Perdida de Peso	Yes No
Anafilaxia	Yes No	Adicción a las Drogas	Yes No	Hepatitis B ó C	Yes No	Diálisis Renal	Yes No
Anemia	Yes No	Facilmente Venteado/a	Yes No	Herpes	Yes No	Fiebre Reumática	Yes No
Angina	Yes No	Enfisema	Yes No	Presión Arterial Alta	Yes No	Reumatismo	Yes No
Artritis	Yes No	Epilepsia	Yes No	Colesterol Alto	Yes No	Fiebre Escarlata	Yes No
Válvula Artificial del Corazón	Yes No	Sangrado Excesivo	Yes No	Comezón	Yes No	Culebrilla/Tejas	Yes No
Articulación Artificial	Yes No	Sed Excesiva	Yes No	Hipoglucemia	Yes No	Enfermedad de Células Falciformes	Yes No
Asma	Yes No	Mareos/Desmayos	Yes No	Latido Irregular Del Corazón	Yes No	Sinusitis	Yes No
Enfermedad de la Sangre	Yes No	Tos	Yes No	Problemas de Riñón	Yes No	Espina bífida	Yes No
Transfusión de Sangre	Yes No	Diarrea Frecuente	Yes No	Leucemia	Yes No	Enfermedad Estomacal, Intestinal	Yes No
Problemas Respiratorios	Yes No	Dolores de Cabeza	Yes No	Enfermedad del Hígado	Yes No	Derrame Cerebral	Yes No
Moretones	Yes No	Herpes Genitales	Yes No	Presión Arterial Baja	Yes No	Hinchazón de las Extremidades	Yes No
Cáncer	Yes No	Glaucoma	Yes No	Enfermedad Pulmonar	Yes No	Enfermedad de la Tiroides	Yes No
Quimioterapia	Yes No	Fiebre del Heno	Yes No	Prolapso de Válvula Mitral	Yes No	Amigdalitis	Yes No
Dolores en el Pecho	Yes No	Ataque del Corazón	Yes No	Osteoporosis	Yes No	Tuberculosis	Yes No
Ampollas de Fiebre Labiales	Yes No	Soplo Cardíaco	Yes No	Dolor en la mandíbula	Yes No	Tumores	Yes No
Trastorno Congénito del Corazón	Yes No	Marcapasos de Corazón	Yes No	Enfermedad Paratiroidea	Yes No	Úlceras	Yes No
Convulsiones	Yes No	enfermedades del Corazón	Yes No	Atención Psiquiátrica	Yes No	Enfermedad Venérea	Yes No
Ictericia Amarilla	Yes No						

¿Ha tenido alguna enfermedad grave? Yes No If yes

Commentarios:

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información falsa ó incorrecta puede ser peligroso para mi salud ó la del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Signature of Paciente, Padre o Tutor :

X

Date:_____

Jazriel Cruz, D.D.S.

GENERAL DENTISTRY

POLIZA FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Pago completo es requerido al momento del servicio al menos que otros arreglos se hagan por adelantado. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, y Care Credit. Dr. Cruz participa con Delta Dental, Anthem Blue Cross Blue Shield, United Concordia, MetLife, Aetna, Ameritas, Dominion Dental, Guardian, Standard, Geha, Carefirst BCBS, Humana, United Healthcare y Cigna PPO. Es su responsabilidad alertarnos de los cambios de su seguro o los beneficios antes de cualquier cita. Los balances después de los pagos de su seguro son su responsabilidad.

**** Mantenemos una póliza de cancelación de 24 horas (día laboral) de todas las citas de Lunes a Viernes. Las citas de los Sábados tienen una póliza de cancelación de 48 horas (día laboral). Para las visitas de rutina cobramos $50.00 por cita cancelada o reprogramada sin aviso adecuado _____ (iniciales)**

Nuestra oficina se compromete a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y ordinario para nuestra zona. Todos nuestros planes de tratamiento son estimaciones de cortesía a lo mejor de nuestro conocimiento. En el caso de que su compañía de seguros no pague según lo estimado, el resto del balance es su responsabilidad.

Cargos financieros se aplicarán a todas las cuentas sobre 90 días a un cargo mensual de 5%. Después de que la cuenta haya sobrepasado los 90 días de atraso, la cuenta será enviada a colecciones. Se aplicara un cargo de colección de $35 dólares a la cuenta de a partir del día que se envía a colección. Entiendo que si esta cuenta debe ir a la agencia de colección, voy a ser responsable de todos los cargos razonables.

Autorizo a Dr. Cruz y el personal para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, y otras ayudas de diagnóstico que se consideren apropiado por el doctor para hacer un diagnóstico profundo de mis necesidades dentales. Autorizo a Dr. Cruz para realizar todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo y emplear la asistencia que requiere en proporcionar la atención adecuada.

Estoy de acuerdo en el uso de anestésicos necesarios. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos o sedantes representan ciertos riesgos. He leído la Póliza Financiera y estoy de acuerdo con la póliza y he recibido o han ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de la oficina.

_____ _____

Firma Del Paciente Fecha

Jazriel Cruz, D.D.S.

GENERAL DENTISTRY

AVISO DE PRIVACIDAD

Entiendo que Jazriel Cruz, DDS, puede usar mi información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia de la Notificación de Privacidad de la práctica, la cual provee información sobre cómo la práctica y las personas involucradas en mi cuidado en la práctica pueden usar y revelar mi información médica protegida. Según lo dispuesto en la notificación, los términos de la notificación pueden cambiar. Para obtener una copia del Aviso de privacidad actual, entiendo que puedo contactar a la oficina al 540-371-7777. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida mediante una solicitud por escrito. Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectaría ningún consentimiento previo y que el Dr. Cruz puede negarse a tratarme después de haber revocado mi consentimiento. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento al uso de mi información médica protegida.

_____

Paciente / firma del tutor Fecha

Nombre de tutores y relación con el paciente: _____