



DENTAL INNOVATIONS OF COLUMBUS

Kendra Pavlik DDS

Michelle Bargaen DDS

Fecha: _____

Información Del Paciente

Lenguaje Preferido: Ingles Espanol

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado(a) Soltero(o) Divorciado(a) Separado(a) Vuida

Nombre: _____ Apellido: _____ Iniciales: _____ Prefiero ser Llamado: _____

Domicillo : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tele. Casa: (____) _____ - _____ Cellular: (____) _____ - _____ Correo Electronico : _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Num. SS: _____ - _____ - _____ Numero de Licencia: _____

Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial Escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado Nombre de Empleador : _____ Telephone: _____

Responsable de la cuenta (Si alguien que no sea el paciente)

Sexo: Hombre Mujer

Nombre: _____ Apellido: _____ Iniciales: _____

Domicillo Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tele. Casa: (____) _____ - _____ Cellular: (____) _____ - _____ Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento : ____/____/____ Num. S.S: _____ Numero de Licencia: _____

Empleador: _____ Telephone: _____ Estado Civil: Casado(a) Soltero(o) Divorciado(a) Separado(a) Vuida

Contacto de Emergencia (Miembro de la familia y no miembro de la familia)

Nombre: _____ Relacion: _____ Núm. de Teléfono: (____) _____ - _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Núm. de Teléfono: (____) _____ - _____

Seguro Dental Principal

Sexo: Hombre Mujer

Relacion: Propio Cónyuge Niño Otro

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimineto : ____/____/____ Num. SS.: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Compañía de Seguros: _____ Num de ID: _____

Seguro Dental Secundario

Sexo: Hombre Mujer

Relacion: Propio Cónyuge Niño Otro

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimineto : ____/____/____ Num. SS.: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Compañía de Seguros: _____ Num de ID: _____

Information Additional

A quién podemos agradecer por invitarle a nuestra práctica? _____

(Ex: Familia, amigo, guía telefónica, redes sociales, búsqueda en línea, periódico, radio etc.)

Historial Médico para _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas. En caso afirmativo, por favor utilice las siguientes líneas para contestar.

Estás bajo el cuidado de un médico ahora? Si No Nombre y Num. Tele. _____
 Tiene una farmacia actual? Si No Nombre y Num. Tele _____
 Alguna vez ha sido hospitalizada o ha tenido una mayor operación? Si No Año y la razon _____
 Alguna vez tuviste una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si No Año y la razon _____

Estás tomando medicamentos, píldoras o drogas? Si No
 Tomas, o has tomado, Phen-fen o Redux? Si No
 Está tomando algún medicamento para la osteoporosis? Si No
 Está tomando algún diluyentes de la sangre? Si No
 Usas tabaco? Si No
 Utilizas sustancias controladas? Si No
 Utilizas vape? Si No

Lista de Medicamentos:

Es Alérgico/a a alguno de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Latex Sulfa Anestésicos locales
 Otro _____ Porfavor Explique _____

Mujeres: Esta

Esta o tratando de quedar embarazada? Si No Tomado anticonceptivos orales? Yes No Amamantando? Sí No

Detección del sueño

Roncas? Si No Es usted intolerante a la CPAP? Si No
 Tienes sueño o fatiga? Si No Alguien notó que dejaste de respirar? Si No
 Usa CPAP? Si No Alguna vez has tenido un estudio del sueño? Si No

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA/VIH Positivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alzheimer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos / Mareos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de articulaciones de mandíbula <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos / Mareos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis / gota <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula de corazón artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes genital <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque cardíaco / fracaso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	So plo cardíaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El herpes Zoster <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fácilmente abollado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de célula falciforme <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón /enfermedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espina bífida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estómago/ enfermedad intestinal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/ampollas de fiebre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trastorno cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Medicina de la cortisona <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Urticaria o erupción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anginas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Drogadicción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Latido del corazón irregular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fácilmente enrollado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de riñon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlceras <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Si No
 Si es que si, sírvase explicar _____

A mi mejor conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o Paciente) salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

X _____
Firma del Paciente/Guardian

Fecha

Revised 05/2019

HIPPA/ POLÍTICAS FINANCIERAS para _____

Información de contacto para la salud protegida yo solicito que se respeten las siguientes directivas para la divulgación de mi información de salud protegida (PHI). Esto incluiría mi nombre, diagnóstico, radiografías, resultados de las pruebas, fecha de los servicios e información financiera.

Usted puede divulgar información a mi familia y/o no miembro de la familia que se enumeran a continuación:

Nombre: _____ Relacion: _____ Num.Tele: (____)____ - _____
Nombre: _____ Relacion: _____ Num.Tele: (____)____ - _____

- Puede dejar información de salud protegida en mi correo de voz con usando el Num.Tele: (____)____ - _____
- Puede enviarme un mensaje de texto al Num.Tele: (____)____ - _____
- Puede enviar un correo electrónico (sin cifrar) de la cita dental al correo electrónico: _____

Yo acepto Rehusó una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

X _____
Firma del Paciente/Guardian Fecha

DENTAL INNOVATIONS OF COLUMBUS POLÍTICAS FINANCIERAS

Este acuerdo es para informarle de su obligación financiera a nuestra práctica. Estamos comprometidos a proporcionarle la atención dental más completa utilizando sólo el material de alta calidad y la tecnología disponible en el mercado hoy en día. También estamos comprometidos a proporcionarle información actualizada y herramientas educativas para que pueda participar plenamente en el mantenimiento de la salud bucal óptima. Este acuerdo financiero está destinado a facilitar nuestra capacidad para brindarle un servicio excelente a la vez que minimizamos nuestros costos

El pago del servicio es debido en el momento en que se rindan los servicios. Nuestra práctica acepta **EFFECTIVO, CHEQUES, TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO**. No hay financiación de intereses también está disponible a través de **CARE CREDIT** individuos calificados. Los cheques y saldos devueltos mayores de 60 días pueden estar sujetos a tasas de cobro y cargos financieros a una tasa del 1,5% por mes (18% anualmente).

Padres separados o divorciados de menores son responsables de la mitad del costo de la atención dental de un niño: el padre que lleva al niño a la cita dental es responsable de pagar el copago o la cuota completa. Si es necesario, nos complace mantener un número de tarjeta de crédito/débito del padre que no tiene la custodia en el archivo.

Como cortesía para usted, estaremos encantados de procesar todas sus reclamaciones de seguro. En orden para hacer esto, usted debe traer prueba de su seguro con usted a su cita. Todos los cargos en los que incurra son de su responsabilidad independientemente de su cobertura de seguro. Debemos enfatizar que como su proveedor de cuidado dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nuestra práctica no es parte de ese acuerdo. Si el pago de su compañía de seguros no se recibe dentro de los 60 días a partir de la fecha de servicio, se espera que pague el saldo completo. Sus deducibles y cualquier copago estimado para el tratamiento es debido en el momento en que se proporciona el tratamiento.

Además, nuestra práctica cobrará \$25 para las citas canceladas y para las citas que no son reprogramado con al menos 24 horas de aviso.

Por favor, no dude en preguntar si tiene alguna pregunta sobre esta política financiera. Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor experiencia en atención dental.

X _____
Firma del Paciente/Guardian Fecha