



Informacion del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Telefono: _____

SS#: _____ Numero de licencia: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____ Sex: Masculino / Femenino

Estatus Matrimonial: _____ Estatus de Empleo _____

Raza: _____ Etnia: _____

Informacion del Garante

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Telefono: _____

SS#: _____ Numero de licencia: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Ocupacion: _____

Seguranza Primaria

Nombre del Suscriptor : _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Relacion al suscriptor: Usted mismo Espos(a) Hijo (a)

Empleador : _____

Compania de Seguro: _____

Numero de Identificador : _____ Numero de Grupo: _____

Seguranza Secundaria

Nombre del Suscriptor : _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Relacion al suscriptor: Usted mismo Esposo(a) Hijo (a)

Empleador : _____

Compania de Seguro: _____

Numero de Identificador : _____ Numero de Grupo: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____ Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Codigo: _____

Historia de Salud

(Circule si corresponde)

Dolor de Pecho	Terapia de Radiacion	Glaucoma
Fatiga	Leucemia	Fiebre Reumatica
Dificultad para respirar	Diabetes	Enfermedad del Hgado
Dolor de articulacion	Problema de Riniones	Desorden Mental
Cambios en su peso	Embolia	Depresion
Soplo de Corazon	SIDA o VIH	Bipolar
Marcapasos Cardiaco	Problema de Tiroides	Esquizofrenia
Tobillos Inflamados	Hepatitis A B C	Ansiedad
Prolapso de la valvula mitral	Alta Colesterol	Emfermedad de corazon
Remplazo de Implante	Alegrias	Demencia
Desmayo	Ataque Cardiaco	Autismo
Baja Presion	Asma	Otro
Alta Presion	Enfiesma	
Anemia	Tuberculosis	
Epilepsia	Artritis	
Cancer	Ulceras	

Describe si marcó alguna de las opciones anteriores:

¿Es alérgica a algún medicamento? _____

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? Aspirina Penicilina Látex Otra

Usas tabaco? Si / No ¿Está tomando algún medicamento actualmente? Si / No

Drogas/ Medicamientos:

¿Estás bajo el cuidado de una médica primaria? Si / No

Médico de atención primaria: _____

Número de Contacto: _____ Fecha de la última visita: _____

Farmacia: _____



Acuerdo Financiero

Gracias por elegir Energy Dental. Nuestra misión principal es brindar la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de la misión es hacer que el costo de la atención óptima sea lo más fácil y manejable posible para nuestros pacientes al ofrecer varias opciones de pago.

Para los pacientes sin seguro dental, todos los pagos vencen en el momento en que se inician los servicios. Opciones de pago que se indican a continuación.

Para los pacientes con seguro dental, las reclamaciones se enviarán a su proveedor de seguros para su conveniencia. Nuestro sistema nos permite estimar la parte de sus servicios que pueden cubrir. Usted, el paciente, es responsable de cualquier monto de su tratamiento que no esté cubierto por su seguro.

Se espera que cualquier saldo de más de 30 días se pague en su totalidad independientemente del estado del seguro.

Opciones de pago aceptadas:

- Efectivo
- Crédito (MasterCard, Visa, Discover, Amex)
- Care Credit, Alphaeon, Lending Club

Al firmar a continuación, reconoce la política financiera de Energy Dental.

Nombre: _____ Fecha: _____



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, reconoce que ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso explica cómo manejará su información médica HIPAA, la ley federal relacionada con la privacidad médica, requiere este aviso.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Si es tutor, relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Uso de la Política Por Parte De Los Proveedores

Si el paciente no pudo firmar debido a una emergencia, o eligió no firmar, documente si el paciente recibió el aviso y la razón por la cual el paciente no firmó a continuación:

Al paciente se le dio la notificación pero se le negó: _____

Razón por la que no se obtuvo la firma:

Firma del personal: _____

Fecha: _____



POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Nos reservamos el derecho de cobrar por cualquier cita interrumpida sin previo aviso de 48 horas. El cargo será de \$ 50 por cita. Estas tarifas no están cubiertas por el seguro y son responsabilidad exclusiva del paciente. Las tarifas deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente y no son reembolsables.

- Las cancelaciones o cambios requieren notificación dos días hábiles antes de la fecha de su cita.
- Nuestro buzón de voz está disponible para los mensajes que se dejen fuera del horario comercial
- Las citas los martes deben confirmarse antes del viernes a las 5 pm.

Entendemos que surgen emergencias o circunstancias extremas / inevitables que pueden requerir que cancele su cita, y se tomarán en consideración las circunstancias individuales.

¡Gracias por su cooperación!

Al firmar a continuación, reconoce la política de cancelación de Energy Dental

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____