



BIENVENIDO

Nos place darle la bienvenida a nuestro consultorio. Porfavor tómesese unos minutos en completar este formulario lo mejor que pueda. Si tiene una pregunta con gusto le podemos ayudar. Esperamos poder trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Seguro social. # _____
Apellido Nombre Titulo

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____

Teléfono Laboral _____

Sexo ___ Masculino ___ Femenino Edad _____ Nacimiento _____

Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Separado ___ Divorciado _____

Empleado por _____ ocupación _____

Dirección laboral _____ Teléfono laboral _____

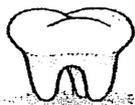
A quien debemos agradecer por referirnos? _____

Contacto de emergencia (o notificación de cancelacion)? _____ Teléfono _____

Autorización

Esta información ha sido revisada y he respondido el cuestionario con mi mejor habilidad. entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no sean cubiertos por su seguro. Los pagos vencidos en su totalidad al tiempo del tratamiento, de lo contrario previamente aprobado o el procedimiento ha sido aprobado por su seguro. Entiendo que un 1.33% cargo financiero será recargado en forma mensual en su balance de cuenta, para cualquier balance en su cuenta con más de 60 días. Estoy de acuerdo en reembolsar a la oficina los gastos de cualquier agencia de cobros, incluyendo en un básico porcentaje a un máximo de 50% de la deuda, y todos los costos, y otros gastos, incluyendo gastos y tarifas del abogado, si la oficina incurre con estos esfuerzos realizados.

Firma _____ Fecha _____



Historia dental del niño

¿ES ESTA LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL DENTISTA? _____

SI SU RESPUESTA ES NO, POR FAVOR INGRESE CUANDO FUE EL ULTIMO EXAMEN DEL NIÑO _____

POR FAVOR INCLUYA NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO DE SU DENTISTA ACTUAL

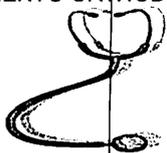
¿CUANTAS VECES EL NIÑO SE CEPILLA LOS DIENTES? _____

¿CUANTAS VECES EL NIÑO USA HILO DENTAL? _____

EXISTE UNA RECIENTE RADIOGRAFIA DENTAL DEL NIÑO? _____

POR FAVOR MARQUE LO QUE APLICA A SU NIÑO:

____ SE CHUPA LOS DEDOS ____ MUERDE LAS UÑAS ____ RECHINA LOS DIENTES
____ MUERDE LOS LABIOS OR CACHETES ____ DIFICULTA EN LA MANDIBULA: RUIDO Y/O DOLOR
____ TRATAMIENTO ORTHODONCIA



HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO

Por favor marque todo lo que aplique al niño:

____ ALERGIAS ____ EPILEPCIA ____ FIEBRE ROSADA ____ HIV/SIDA

____ ANEMIA ____ ASMA ____ CANCER ____ DIABETES

____ SOPLO DEL CORAZON ____ HEPATITIS-TIPO ____ FIEBRE REUMATICA

AMIGDALITIS ____ TUBERCULOSIS _____

¿HAY ALGUNA OTRA CONDICION QUE EL DOCTOR DEBERIA DE SABER? SI ES SI, PORFAVOR EXPLIQUE _____

NOMBRE DEL NIÑO _____

DIRECCION DEL NIÑO _____

NACIMIENTO DEL NIÑO _____ SS# _____ FEMENINO ____ MASCULINO _____

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN _____ TELEF. _____ MOBIL _____

AUTHORIZATION

HE REVISADO LA INFORMACION DE ESTE CUESTIONARIO Y ES CORRECTO RESPONDIENDO LO MEJOR DE MI HABILIDAD. ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE FINANCIERAMENTE POR TODOS LOS CARGOS QUE NO SEAN CUBIERTOS POR MI SEGURO. PAGOS EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO, DE SER APROBADOS ANTES DEL PROCEDIMIENTO Y SOMETIDO AL SEGURO. ENTIENDO QUE EL 2% DEL CARGO FINANCIERO SERA ACREDITADO A MI CUENTA SOBRE EL BALANCE QUE SUPERE LOS 60 DIAS.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA _____

**STIRLING SMILES
BRIDGET A. LANG, DMD, LLC**

**AUTORIZACION PARA EL
TRATAMIENTO
DENTAL/MEDICO/FINANCIERO
INFORMACION**

- Yo autorizo a compartir información de mi paciente información de salud con uno o con todos los médicos/dentistas/ especialista dental, cuando se trata de mi cuidado.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE _____

FECHA _____

- Yo autorizo a la Dra. Bridget Lang y a los miembros de esta oficina a compartir mi tratamiento diagnosis, y recibo de pago/información con los siguientes individuos:

NOMBRE _____

RELACION CON EL PACIENTE _____ TELEFONO _____

NOMBRE _____

RELACION CON EL PACIENTE _____ TELEFONO _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE _____

FECHA _____

= O =

- NO DESEO COMPARTIR MI TRATAMIENTO, DIAGNOSIS O INFORMACION FINANCIERA CON NINGUNA PERSONA.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE _____

FECHA _____

STIRLING SMILES
BRIDGET A. LANG, DMD, LLC

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

- Usted puede negarse a firmar esta declaración*

Yo, _____, he recibido una de esta oficina de las notificaciones de las prácticas privadas.

Escriba su nombre _____

Firma _____

Fecha _____

PARA EL SOLO USO DE LA OFICINA

Hemos obtenido este reconocimiento recibido para notificación de privacidad de las practicas. No reconocimiento fue obtenido porque:

___ El individuo se negó a firmar

___ Una barrera en la comunicación prohibió obtener el reconocimiento.

___ Una situación de emergencia que previno de obtener el reconocimiento.

___ Otros (Por favor especifique)

STIRLING SMILES
BRIDGET A. LANG, DMD, LLC

AUTORIZACION DE SEGURO MEDICO

Yo autorizo y solicito a mi seguro médico el pago directo a mi dentista o grupo dental de seguro de los beneficios que me corresponden a mí. Entiendo que mi Seguro dental pagara menos que la actual recibo de pago por los servicios realizados. Entiendo que soy responsable por todos los pagos y todos los servicios realizados a mi persona o a mis dependientes.

Firma del responsable principal

Fecha

SEGURO PRIMARIO DENTAL

Persona responsable de la cuenta _____

Relación con el paciente _____
Apellido _____ *Nombre* _____ *Iniciales* _____
Nacimiento _____ Seguro social# _____

Dirección(si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono _____ Teléfono mobile _____ Negocio _____

Persona responsable laboral _____ Ocupación _____

Dirección laboral _____ Teléfono laboral _____

Compañía de seguro _____ Telefono _____

Dirección de seguro _____

Contrato # _____ Grupo # _____ Subscriptor # _____

Nombre de los dependientes bajo este plan _____

COVERTURA ADICIONAL DE SEGURO DENTAL

Tiene el paciente cobertura adicional? Si _____ No _____

Nombre de la subscriptor _____ Relación con el paciente _____

_____ Nacimiento _____

Dirección (si es diferente al del paciente) _____ Seguro Social # _____

Nombre del empleador _____ Teléfono laboral _____

Compañía de seguro _____ Teléfono _____

Dirección del seguro _____

Contrato # _____ Grupo # _____ Subscriptor # _____

Nombre de dependientes bajo este plan _____

Entiendo que si el Medico Dental no participa de mi plan;
Soy responsable del balance total no cubierto por el Seguro medico

Firma