GVR DENTAL AND ORTHODONTICS

4998 Tower Road, Denver, CO 80249
www.gvrdental.com • 720-502-1379

Información de Paciente

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Correo Electrónico:_____ _____ _____ Sexo: Masculino Femenino

Celular: (____)_____ Tel. de Casa: (____)_____ Tel. de Trabajo: (____)_____

Dirección:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: ___ /___/_____ Número de Seguro Social: _____-____-_____Licencia de Conducir o número de ID: _____
Mes / Día /Año

Información de la Parte Responsable (Si el Paciente es Dependiente)

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Relación con el Paciente: _____ Correo Electrónico: _____

Celular: (—)_____ Tel. de Casa: (____)_____ Tel. de Trabajo: (____)_____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social: Licencia de Conducir o número de ID:
Mes / Día [Año

Información del Seguro Dental (Por favor Proporcione una Copia de su Tarjeta)

Nombre del Titular de la Póliza Principal:

_____
Apellido Primer Nombre
Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ___/___/_____ SS del Titular de la Póliza/ Número de ID del Miembro: _____-____-_____
Mes / Día / Año

Empleador del Titular de la Póliza Principal: _____ Rango:_____

Nombre de Compañía Aseguradora:_____ Numero de Grupo:_____ Tel. de Compañía Aseguradora:(____)_____

Dirección de Compañía Aseguradora:

_____
Calle Ciudad Estado Códi o Postal

Información de Contacto en caso de Emergencia

Amigo o Familiar local que no viva con usted: _____ Tel. de Contacto en Emergencia: (____)_____

Dirección de Contacto en Emergencia: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Conociéndole

¿Por qué selecciono nuestra oficina?_____ ¿A quién debemos agradecerle que nos haya referido?_____

¿Algún otro miembro de su familia es paciente de nosotros?_____

¿Cuándo fue su última visita al dentista?_____

¿Cuándo fue la última vez que le tomaron radiografías dentales completa?_____

¿Alguna vez le han removido dientes?_____

¿Hace cuánto se los removieron?_____

Cómo han sido reem lazado estos dientes? Puente Parcial Dentadura lm lantes ONO han sido reem lazados

PARA TODOS LOS PACIENTES

Yo autorizo al doctor a realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicamento y terapia que pueda estar indicada en conexión con el cuidado dental del paciente mencionado en la parte superior, y además autorizo y consiento a que el doctor elija y emplee la asistencia que considere adecuada. Yo también comprendo que antes del tratamiento, se me brindara una explicación completa por parte del doctor y/o su staff, del procedimiento (s) involucrados. Yo acuerdo pagar por todos los servicios prestados por esta oficina.

_____

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE RELACIÓN CON EL PACIENTE FECHA

HISTORIAL MEDICO

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

1 . ¿Ha estado bajo cuidado médico durante los últimos dos años?

En caso de ser sí ¿Por qué motivo?_____

2. ¿Tiene problemas dentales en este momento? a Sí ❑ N
3. ¿Sangran sus encías en algún momento?
4. ¿Es alérgico a (ej. Comezón, salpullido, hinchazón de manos, pies u ojos) o causado por penicilina, aspirina, codeína, o cualquier droga o medicamento? De ser si, mencione cual.

_____

5. ¿Ha tenido usted un sangrado en exceso que requiera tratamiento especial?
6. Marque cualquiera de los siguientes que haya tenido o tenga actualmente:

❑ Enfermedad o Ataque cardíaco	❑ Ulceras	a HIV Positivo (SIDA)
a Tuberculosis (TB)	❑ Dificultad para Respirar	❑ Hepatitis A (Infecciosa)
a Asma	a Hepatitis B (Suero)	a Alta Presión
❑ Fiebre reumática	❑ Enfermedad del hígado	❑ Soplo cardíaco/Válvula Mitral
❑ Fiebre escarlata	❑ Diabetes	a Moretones fácilmente
a Válvula artificial del corazón	❑ Enfermedad de tiroides	❑ Adicción a drogas
C) Marcapasos cardíaco	❑ Quimioterapia (Cáncer, Leucemia)	a Hemofilia
a Cirugía de corazón	a Artritis	❑ Herpes Labial o Ampollas por Fiebre
❑ Articulación Artificial	❑ Medicamento Cortisona	❑ Epilepsia o Convulsiones
a Derrames	❑ Glaucoma	a Nerviosismo
a Problemas de Riñón	a Dolor en Mandíbulas	a Tratamiento Psiquiátrico

7. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado? De ser así, escríbalo..... ❑ Sí

_____

8. Enliste todo el medicamento que esté tomando en este momento._____

9. ¿Es fumadorQ.....a sí No

1 0. ¿Usa o ha usado drogas recreacionales? ..... ❑ Sí a No

1 1. ¿En ocasiones despierta por falta de respiración? ¿RoncaQ.....a sí No

12. ¿Aprieta o rechina sus dientes Q.....a Sí No

1 3. ¿Su doctor primario le ha dicho que padece cáncer o un tumorQ..... ❑ Sí a No

14. Mujeres: Esta embarazada Sí No Si es sí, ¿Qué mes dará a luz?_____

Actualizaciones (fecha e iniciales)_____

Nuestra meta es que su experienciaq en nuestra oficina sea como usted lo desea Por favor, tome un momento y complete el siguiente perfil, para que nosotros podamos mantenerlo lo más cómodo posible.

1. Por favor evalué, en orden de valor que es más importante para usted en el cuidado dental: (Lo más importante sería el # l)

   _____Cuidado Preventivo

   _____Solo lo necesario al momento: el costo es importante

   _____Comprensivo, cuidado de calidad, los mejores resultados

   _____Otro_____

2. Por favor evalué, como , que es lo más importante en su relación con un dentista.

   _____Me muestre lo que el/ella esta hacienda o planeando hacer, para yo ver que está sucediendo

   _____ Escuche mis preocupaciones y me explique lo que se debe hacer, para yo escuchar claramente y entender el tratamiento que necesito

   _____ Asegurarse que yo me sienta cómodo y este informado todo el tiempo.

3. Por favor encierre el nivel de temor que usted tiene respecto a tratamientos dentales para usted mismo. (10 es el mayor temor, 1 la menor cantidad de temor)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Le preocupa: (encierre sí o no)

Reemplazar dientes perdidos	Sí	No
Eliminar cualquier caries	Sí	No
Enfermedad de encías	Sí	No
Mal Aliento	Sí	No
Roncar por la noche	Sí	No
Color de sus dientes	Sí	No
Apariencia de su sonrisa	Sí	No

5. Por favor encierre que tan importante es para usted mantener sus dientes de por vida. (10 es lo más importante)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Cuando revisemos su tratamiento con usted, le gustaría saber (por favor, seleccione una):

____ La idea general de lo que se necesita

____ Todos los detalles del tratamiento minuciosamente

POLÍTICA DE SEGURO DENTAL

GVR Dental orgullosamente acepta la mayoría de los planes de seguro dental. Nosotros presentamos todos los reclamos de seguro dental como una cortesía para el paciente. En el caso de un tratamiento, creamos una estimación razonable de los copagos del paciente y las contribuciones del seguro. Este estimado está basado en las tarifas del Seguro contratado, el desglose general de los beneficios obtenidos a través del proceso de verificación del seguro y nuestro conocimiento de las exclusiones comunes del seguro. Este estimado no es una garantía de pago del seguro. Todas las determinaciones de los beneficios son a discreción de la compañía aseguradora y no son determinados hasta que se ha presentado un reclamo. Nosotros proveemos estimados de los tratamientos como una cortesía, para minimizar el total que salga del bolsillo del paciente. Todos los copagos estimados del paciente se vencen en o antes del tratamiento.

El Paciente es responsable de cualquier balance remanente resultado de el no pago por parte de la aseguradora o pago insuficiente. Se le enviara un estado de cuenta respecto a su balance. El pago se vence inmediatamente después de entregado el recibo.

---------- RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE ----------

Yo entiendo y estoy de acuerdo con la Póliza de Seguro Dental antes mencionada. Yo autorizo a todas mis compañías aseguradoras a hacer el pago directamente a GVR Dental Esta cesión quedara en efecto, al menos que yo lo revoque por escrito. Yo entiendo que yo soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por la compañía aseguradora. Por lo tanto, yo autorizo la divulgación de cualquier información de paciente necesaria para proceder con estos reclamos.

Firma: _____ Fecha: _____

DEPOSITO REQUERIDO PARA CITAS

GVR Dental requiere un depósito mínimo de $50.00 para todas las citas que requieran de 90 minutos o más de tiempo silla, y para todas las citas con un tratamiento de un costo total de $300.00 0 más. El depósito opera como un crédito en la cuenta del paciente hacia la porción total del paciente debida durante o antes del tiempo de tratamiento. GVR Dental requiere el depósito, porque nuestros proveedores y asistentes dentales reservan el tiempo de la cita específicamente para usted a exclusión de otros pacientes. El depósito requerido está sujeto a nuestra Política de Cancelación.

El requisito de depósito se reserve únicamente para aquellos pacientes que eligen no prepagar sus servicios por completo cuando programan la cita.

Yo lo entiendo y estoy de acuerdo.

Firma:_____ Fecha:_____

POLITICA DE CANCELACIÓN

GVR Dental hace un esfuerzo para ver a los clientes a tiempo y brindarles el cuidado que merecen. Por lo tanto, le pedimos que por favor nos notifique 48 horas antes si no le será posible asistir a su cita programada. Nos reservamos el derecho a realizar un cargo de cancelación por $50.00 en el evento de dos (2) o más citas perdidas sin notificación previa. Haremos excepciones en el evento de emergencias razonables.

Lo entiendo y estoy de acuerdo.

Firma: _____ Fecha:_____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISOS DE PRIVACIDAD

_____ Yo,he tenido la oportunidad de el Aviso de Prácticas de GVR Dental (el aviso legal completo se visualiza en la recepción principal).

Firma:_____ Fecha:_____