

## YOUNG FAMILY DENTAL INC.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ # Seguro social \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_\_ Viudo (a) \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

¿Dónde prefiere recibir llamadas? Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

En caso de emergencia ¿A quien debemos contactar?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro primario: (Presente su tarjeta de seguro) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # de identificación \_\_\_\_\_

Aseguranza secundaria: (Presente su tarjeta de seguro) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # de identificación \_\_\_\_\_

¿Cómo fué referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**Responsabilidad financiera:** El pago completo es requerido en cada cita. Pacientes con aseguranza se espera que paguen sus deducibles y/o porcentajes y co-pagos el día que reciben el tratamiento. Para su conveniencia aceptamos Visa, Mastercard, Discover, American Express y Care Credit. Se agregara un cargo mínimo financiero de \$3.00 a \$20.00 por cada cheque sin fondos. En el caso de falta de pago se le hará un cargo de 1.75% por mes (21% per año) en el balance pendiente. Si su cuenta tiene que ser enviada a una compañía de colección, por favor tenga en cuenta que se harán otros cargos adicionales aparte de la cantidad que ya se debe. Usted se compromete a pagar la cuota de de colección que puede ser hasta de un 40% más de la cantidad aprobada por el código de Utah §12-1-11 Encima se compromete a pagar todos los costos adicionales incurridos por la colección (ya sean incurridos por Young Family Dental, Inc. o sus asignados) incluyendo pero no limitado a cuotas de corte, cuotas de abogados y cargos de interés (antes y después del fallo). Cualquier interés adquirido de ahí en adelante será calculado a un interés equivalente a 18% anual que será determinado por Young Family Dental o sus asignados: (a) acumulados en alguna o todas las cuentas pendientes (b) acumulado frecuentemente diariamente-- significa que cualquier interés acumulado será agregado al balance que se debe por día a partir de entonces, después de eso constituye parte de la cantidad que ha adquirido interés durante el periodo de acumulacion. Yo autorizo el ser contactado a cualquier número de teléfono (incluyendo pero no limitado a mi celular/móvil) proveído a Young Family Dental, Inc., por mi o cualquier otra persona relacionada conmigo o que actúa en mi poder. Yo entiendo y estoy de acuerdo que tales llamadas serán iniciadas por Young Family Dental, Inc., o cualquier de sus afiliados, agentes y/o asignados, incluyendo pero no limitados a compañías de facturación y/ o agencias de colección, y tales métodos de contactarme pueden ser o incluir mensajes pre - grabados o mensajes automatizados y/o el uso de mensajes de texto - los cuales pueden resultar en cargos adicionales. También doy consentimiento para recibir correos electrónicos a la dirección de correo electrónico que yo he proveído o cualquier otra persona relacionada conmigo o que actúa en mi poder. Al ceder los permisos precedentes, Yo entiendo que yo soy responsable de mi privacidad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL/ MEDICA (Confidencial)**

**INFORMACIÓN DENTAL:**

SI / NO

SI / NO

¿Actualmente está experimentando dolor? .....   Dolor mandibular.....

¿Es alérgico(a) al látex? .....

¿A qué le teme más cuando visita al Dentista? \_\_\_\_\_

¿Como podemos hacer su visita más placentera? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo más importante para usted cuando visita al Dentista? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que le gustaría cambiar de su sonrisa? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

SI / NO

SI / NO

¿Se encuentra en buen estado de salud?.....   ¿Se encuentra bajo el cuidado de algún médico?.....

**Alguna vez ha tenido:**

¿Condición cardíaca irregular?.....   ¿Presión arterial irregular?.....

¿Ha usado medicamentos para la osteoporosis? (e.g. Actonel, Fosamax, Boniva, etc.).....

¿Hemorragia anormal?.....   ¿SIDA o HIV positivo?.....

¿Válvula artificial?.....   ¿Reemplazo/implante de articulación artificial? .....

¿Asma, o problemas respiratorios?.....   ¿Diabetes?.....

¿Transfusión sanguínea? .....   ¿Hepatitis o enfermedad del hígado? .....

¿Tratamiento de Radiación?.....   ¿Fiebre Reumática o Reumatismo? .....

¿Tuberculosis?.....   ¿Tomo alguna vez Fen- phen?.....

¿Tiene apnea del sueño?.....   ¿Usa alguna aplicación bucal?.....

¿Ha tenido reacciones a un medicamento o anestesia local?.....

¿Tiene alguna discapacidad?.....

¿Está embarazada?.....   ¿Toma pastillas anticonceptivas?.....

(Antibióticos pueden interferir con el efecto de los anticonceptivos)

¿Hay alguna otra información sobre su salud que deberíamos saber?.....

**Si respondió SI a las preguntas anteriores por favor explique la fecha y detalles (Por favor explique si hay alguna debilidad física o mental).**

---

---

Lista de medicamentos:

---

---

Lista de alergias:

---

---

---

**LIBERACIÓN DEL SEGURO:** Entiendo y estoy de acuerdo que las pólizas de seguro dental son un acuerdo entre un portador de seguro y yo mismo. Además, yo entiendo que esta oficina preparará cualquier informes y formas necesarios para asistirme en la fabricación para colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada será pagada directamente a esta oficina y acreditada a mi cuenta una vez que se a recibido Yo entiendo que cualquier reembolso que sea pagado directamente a mi por la aseguranza será entregado directamente a Young Family Dental para que sea acreditado a mi cuenta. Yo entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios recibidos serán cobrados directamente a mi, la oficina del Dr. Young solamente estima el co-pago del seguro. Entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos están cargados directamente a mi y que yo soy personalmente responsable del pago. También asumo las responsabilidad de informar a la oficina de Dr. Young acerca de los beneficios que se pudieron haber pagado a otra oficina durante el año del plan de modo que los máximos anuales puedan ser determinados. Yo autorizo al dentista y sus designados el liberar información financiera, descripción e información de tratamiento ya sea electrónicamente, vía fax, o por escrito a mi aseguranza o alguna otra identidad que requiera dicha información. Yo doy permiso por este medio de usar cualquier información, etc. a mi compañía de seguros o las compañías o cualquier otra agencia necesaria para la colección de esta cuenta. Este permiso es solamente con el fin de facilitar la facturación y reembolso directamente al doctor de los beneficios de seguro. Esta autorización es eficaz para el presente y todas los reclamos futuros y reemplaza todos los acuerdos ya firmados. Yo entiendo que he recibido una copia de la póliza de privacidad de esta oficina. Yo estoy de acuerdo en que el dentista puede proveer información con las personas que yo he autorizado. Yo entiendo que he contestado todas las preguntas con exactitud y hasta donde yo entiendo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER:** Yo autorizo a Dr. Young al igual que a sus asociados, asistentes o a quien asigne para realizar estos procedimientos como se puede juzgar necesario o recomendable para mantener mi salud dental o la salud dental del menor de edad u otro individuo por lo cual soy responsable, incluyendo el arreglo y la administración de cualquier sedativo incluyendo el (oxido nitroso) analgesicos, terapeuticos, y/o el otro agente farmacéutico, incluyendo los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos. Entiendo que la administración del anestésico local puede causar una reacción adversa y los efectos secundarios, que pueden incluir, y no ser limitados a la contusión, hematoma, estímulo cardiaco, entumecimiento temporal o raramente permanente, y dolor del músculo. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir recuperación quirúrgica. Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyen procedimientos impeditivos tales como limpiezas y la odontologia basica, incluyendo los rellenos de todo tipo, puede experimentar sensibilidad o posiblemente sienta dolor, durante y después de que el tratamiento se ha completado. Las encías y los tejidos a sus alrededores pueden también estar sensibles o dolorosos durante y después del tratamiento. Asumo voluntariamente cualquiera y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo del daño substancial y serio, si lo hay, que se puede asociar a procedimientos impeditivos y operativos generales del tratamiento en esperanzas de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, para mi beneficio. Yo reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos precedentes se me han explicado a mi y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Aunque es raro, es posible que la lengua, mejilla o otros tejidos orales se desgasten o sean lastimado durante procedimientos dentales rutinarios. Yo asumo voluntariamente cualquier riesgo posible, incluyendo riesgo substancial o daño serio, si acaso, que puede ser relacionado con tratamiento preventivo y tratamiento operativo con esperanzas de obtener los resultados deseado, que podrían o no ser alcanzados, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo (a) menor. Yo entiendo que la naturaleza y propósito de procedimientos precedentes me pueden ser explicados si fuese necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para el paciente o el tutor legal: un aviso de prácticas de confidencialidad, puede ser proporcionado por la recepcionista. Gracias por completar este formulario. La información proporcionada nos ayudará a servirle mejor y ayudarle con sus necesidades dentales eficazmente. Si en cualquier momento, usted tiene alguna pregunta por favor hágala- siempre estaremos dispuestos a ayudarle.