



BIENVENIDO A SANDY DENTAL ¡Estamos muy contentos de que estés aquí! Si tiene alguna pregunta o inquietud al completar este formulario, no dude en consultarnos.

AGRÉGANOS A TUS CONTACTOS ¡Asegúrate de no perderte notificaciones importantes! Nuestros datos de contacto están disponibles en la parte inferior de esta página.

Por favor escriba claramente. La Persona Responsable es la persona responsable por el paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Inicial del 2° nombre

Apellido

Nombre de Preferencia Prefijo/Título: Sr. Sra. Srta. Dr.

Usted es: Menor de edad Persona Responsable

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono domiciliario Celular

Teléfono laboral Extensión

Fecha de nacimiento Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Casado Soltero Viudo Separado Divorciado

Seguro social # Licencia de conducir

Email

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Marque todo lo que corresponda. email texto teléfono

ADDITIONAL INFORMATION

¿Cómo supo sobre nosotros? Paciente Redes sociales Seguro Otro

¿A quién podemos agradecer su recomendación?

¿Algún miembro de su familia es paciente con nosotros? Si No

Por favor enumere su(s) nombre(s)

PERSONA RESPONSABLE

Nombre y apellido

El Paciente es tu: Esposo(a) Hijo Otro:

Dirección

Teléfono de casa/trabajo Celular

Fecha de nacimiento Sex: Male Female

Seguro social # Licencia de conducir

Email

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Marque todo lo que corresponda. email texto teléfono

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

¿Tiene seguro dental? Si No

Nombre del titular de la póliza (si diferente al paciente)

El Asegurado es: Usted mismo Esposo(a) Hijo Otro

Fecha de nacimiento y numero de Social Security del titular

Número de identificación de miembro

Empleador

Dirección del empleador

Nombre de la compañía de seguros

Dirección de la compañía de seguros

Firma del Paciente y/o Persona Responsable: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

En caso afirmativo, proporcione información adicional en cada campo:

¿Tiene un médico primario? Escriba su nombre y datos de contacto. Si No

¿Está siendo tratado actualmente por una condición específica? Si No

¿Ha sido hospitalizado o tenido alguna enfermedad grave o operación importante? Si No

¿Está tomando algún medicamento, píldora, droga o sustancia controlada? Si No

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? Si No

¿Ha tomado alguna vez algún medicamento que contenga bisfosfonatos (como Fosamax, Boniva, Actonel, Zometa, Didronel, Aredia, Skelid, Reclast)? Si No

¿Tiene o ha tenido alguna lesión en la cabeza, el cuello o la mandíbula? Si No

Estás: ¿Embarazada/tratando de quedar embarazada? Lactando? ¿Tomando anticonceptivos orales? Fecha de parto:

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Eritomicina Látex Codeína Barbitúricos (pastillas para dormir) Anestésicos locales
 Metal Penicilina Yodo Drogas sulfa Acrílico Epinefrina

¿Otras alergias? Si No En caso afirmativo, díganos a qué es alérgico:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Marque con un círculo las condiciones que tiene o ha tenido y tache las que no apliquen.

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| SIDA / VIH positivo | Dolores en el pecho | Tos frecuente | Hipertensión | Aterosclerosis | Enfermedad estomacal/intestinal |
| Alzheimer | Herpes labial/Ampollas de fiebre | Dolores de cabeza frecuentes | Colesterol alto | Bronquitis | Derrame cerebral |
| Anafilaxia | Trastorno cardíaco congénito | Herpes genital | Urticaria o erupción | Boca seca / Sjorgern | Hinchazón de las extremidades |
| Anemia | Convulsiones | Glaucoma | Hipoglucemia | Lupus | Enfermedad de tiroides |
| Angina de pecho | Ictericia amarilla | Ataque/Insuficiencia cardíaca | Arritmia | Pérdida de peso inusual | Tumores o crecimientos |
| Artritis / Gota | Enfermedad cardíaca reumática | Soplo cardíaco | Problemas de riñon | Tratamientos de radiación | Úlceras |
| Válvula cardíaca artificial | Adicción al alcohol | Marcapasos cardíaco | Leucemia | Diálisis renal | Enfermedad autoinmune |
| Articulación artificial | Medicina cortisona | Problemas/Enfermedades del corazón | Enfermedad del hígado | Fiebre reumática | Utiliza bisfosfonatos |
| Astma | Diabetes | Anorexia / Bulimia | Presión arterial baja | Reumatismo | Reflejo nauseoso |
| Enfermedad de la sangre | Adición de drogas | Reemplazo de la articulación | Enfermedad pulmonar | Escarlatina | Problemas de salud mental |
| Transfusión de sangre | Fácilmente sin aliento | Enfermedad de transmisión sexual | Prolapso de la válvula mitral | Herpes | Utiliza anticoagulantes |
| Problemas respiratorios | Enfisema | Hemofilia | Osteoporosis | Anemia drepanocítica | Utiliza metotrexato |
| Fácilmente abollado | Epilepsia o convulsiones | Hepatitis A | Dolor en la mandíbula | Problema de los senos nasales | |
| Cáncer | Sangrado excesivo | Hepatitis B o C | Enfermedad paratiroidea | Espina bifida | |
| Quimioterapia | Desmayos / mareos | Herpes | Atención psiquiátrica | | |

¿Tiene o ha tenido alguna afección no mencionada anteriormente? Si No ¿Hay algo de lo que le gustaría informarnos? Si No

Si respondió afirmativamente a las dos preguntas anteriores, proporcione detalles adicionales aquí. O, si tiene más comentarios, escríbalos aquí:

HISTORIA DENTAL

En caso afirmativo, proporcione información adicional en cada campo:

¿Nos visita por un motivo específico (por ejemplo, dolor de muelas)? Si No

¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? Si No

En la siguiente lista, circule lo que es relevante para usted y tache lo que no lo sea:

| | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Encías sangran | Sensibilidad al frío | Úlceras en la boca | Rechinar o apretar los dientes | Fumar cigarrillos | Olor desagradable en la boca |
| Periodontitis | Sensibilidad a los dulces | Herpes labial | Masticar tabaco | Cigarrillo electrónico | Usa dentaduras |
| Sensibilidad al calor | Ampollas de fiebre | Llagas en los labios o la boca | Fumar tabaco | Sabor desagradable en la boca | Tiene implantes |

CORONAVIRUS

¿Tiene o ha tenido recientemente (en las últimas 24 a 72 horas) fiebre, temblores, tos, dificultad para respirar, secreción nasal o otros síntomas similares a los de la gripe? ¿Alguien en su hogar tiene o ha tenido los síntomas anteriores? Si No

¿Usted o alguien en su hogar ha dado positivo por Covid-19 en las últimas 2-4 semanas? Si No Fecha del resultado positivo:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido:

Relación al paciente: Teléfono:

FARMACIA PREFERIDA

Nombre de la farmacia:

Dirección:

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Nombre del Paciente y/o Persona Responsable:

Firma del Paciente y/o Persona Responsable: Fecha:



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD PROTEGIDA (PHI) Y CONSENTIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: Tiene derecho a leer nuestro “Aviso de Prácticas de Privacidad” antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y de otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un aviso revisado de Prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier información médica protegida que mantenemos. Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluida cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con nosotros por teléfono o correo electrónico.

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento enviándonos una notificación por escrito de su revocación enviada a la Persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en base a este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante (en letra de imprenta): _____

Relación al paciente: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE CERO TOLERANCIA

Sandy Dental, Inc. tiene una política de **CERO TOLERANCIA**. Se documentará cualquier paciente que cometa un acto de violencia contra cualquier miembro del personal u otro paciente, o se comporte de tal manera que dichas personas teman por su seguridad. Cualquier incidente de este tipo se informará a la policía de inmediato y se dará por terminado el tratamiento elegido por el paciente.

Estándares de comportamiento esperados: Las prácticas de Sandy Dental, Inc. tienen el deber de proporcionar un entorno seguro para el personal, los pacientes y los visitantes. No se tolerará el comportamiento violento o abusivo y se tomarán medidas decisivas para proteger al personal y a los pacientes.

Los siguientes son ejemplos de comportamiento **inaceptable** en nuestra práctica:

- Robo
- Amenazas o comportamiento amenazador
- Violencia
- Ruido excesivo (por ejemplo, conversación, gritos o uso del teléfono intrusivamente)
- Lenguaje amenazante o abusivo que implica malas palabras u comentarios ofensivos
- Comentarios raciales o sexuales despectivos
- Alegaciones maliciosas relacionadas con miembros del personal, otros pacientes o visitantes
- Consumir alcohol o drogas en las instalaciones de la práctica
- Tráfico de drogas en las instalaciones de la práctica
- Daño intencional a la propiedad de la práctica

Nombre del Paciente/Representante: _____

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarse con usted por correo electrónico o mensaje de texto con respecto a su Información de salud protegida.

Sandy Dental, Inc. ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico o mensaje de texto. La transmisión de información del paciente por ambos métodos tiene una serie de riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgar su consentimiento. Usaremos medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad del correo electrónico o la información de texto enviada y recibida. Sin embargo, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico o mensajes de texto y no seremos responsables de la divulgación inadvertida de información confidencial. Entiendo que puedo cambiar de opinión y revocar o dar mi consentimiento más adelante.

Consiento a recibir mensajes por: Email Texto Ambos Ninguno

Reconozco que he leído y entendido completamente este consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico o texto entre Sandy Dental, Inc. y yo, y acepto las condiciones aquí descritas. Todas las preguntas que pudiera haber tenido fueron respondidas.

Nombre del Paciente/Representante: _____

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____

PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir a Sandy Dental. Nuestra misión principal es brindar la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de nuestra 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.

Opciones de pago que puede elegir: Cash, Money Order, Visa, MasterCard, Amex, Discovery y Care Credit Healthcare Financing Company.

- Los cheques devueltos incurren en un cargo de \$ 25.00

Financiamiento con Care Credit: Care Credit es un plan de financiamiento que le permite pagar a largo plazo sin intereses. Proporcionan pagos mensuales bajos y convenientes sin tarifas anuales o penalidades de prepago*. Financiar su tratamiento a través de Care Credit le permite comenzar a mejorar su salud dental de inmediato. Visite su sitio web, www.CareCredit.com para obtener más información, verificar su elegibilidad y solicitar financiamiento.

*Los intereses, pagos y multas están sujetos a cambios a discreción de Care Credit y según las promociones disponibles. Es su responsabilidad revisar cuidadosamente los términos y condiciones de cualquier plan de financiamiento.

Pagos: Sandy Dental, Inc. requiere pago de su tratamiento al momento de realizarse. Si decide discontinuar el tratamiento antes de haberse completado, su reembolso se determinará después de haber revaluado su caso. Para los pacientes con seguro dental, nos complace trabajar con su proveedor para maximizar sus beneficios. Lo ayudaremos a procesar su reclamo de seguro para obtener un reembolso siempre que tengamos su solicitud de información completa. El reembolso de la compañía de seguros vendrá directamente del seguro. Todos los cargos son su responsabilidad si su(s) compañía(s) de seguros no paga. Tenga en cuenta que no todos los beneficios están cubiertos en su(s) contrato(s), algunas compañías de seguros seleccionan ciertos beneficios que no están cubiertos. Muchas pólizas de seguro tienen copagos por servicios junto con un deducible. Estos se deben cancelar en el momento que se realice su tratamiento. Si su seguro no paga su saldo en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a su tratamiento, le pedimos su cooperación para comunicarse con el seguro para agilizar sus pagos.

Citas canceladas: Si no puede asistir a su cita, avise con 24 horas de anticipación para que nuestros otros pacientes puedan hacer uso del tiempo disponible.

- Se aplicará un cargo de \$25.00 a los pacientes que falten o cancelen más de 1 cita sin previo aviso de 24 horas.

Solicitud de registro del paciente: Si desea solicitar sus registros dentales, informe al gerente de la oficina y complete un formulario de Solicitud de registro del paciente. Los registros se proporcionarán al paciente en un plazo de 7 a 14 días hábiles.

- El costo de los registros es \$15.00

Reconozco que he leído y entendido completamente la Póliza Financiera de Sandy Dental, Inc. y consiento las condiciones aquí contenidas.

Nombre del Paciente/Representante: _____

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MATERIAL MULTIMEDIA

Sandy Dental participa en medios sociales como Facebook, Instagram, YouTube, Google+, etc. A través de estos lugares, compartimos fotos del personal, actualizaciones de la oficina, nuevos concursos y información útiles y divertidas que pueden beneficiar a nuestros pacientes. Con el permiso expreso de nuestros pacientes, nos complace compartir publicaciones dando la bienvenida a nuevos pacientes a nuestra práctica, felicitando a los pacientes que completan su tratamiento y publicando fotos de las nuevas y hermosas sonrisas de nuestros pacientes.

Por la presente acepto y doy mi permiso para que Sandy Dental, Inc., y sus respectivos dentistas (en la presente, Sandy Dental) utilicen fotografías de mi sonrisa, tanto antes como después, y en la capacidad de presentación de un caso. Entiendo que mis fotos, tanto antes como después, pueden usarse en:

Publicaciones en redes sociales (Instagram, Facebook, etc.), sitio web de la empresa, así como fotografías en la oficina y en un libro recopilatorio para la presentación de casos. Entiendo que estas fotos no se utilizarán para ningún otro propósito comercial sin mi consentimiento por escrito.

Al designar la casilla correspondiente, otorgo mi permiso de la siguiente manera:

- I authorize and permit Sandy Dental to use my smile photos, full-face photos, first name and a brief story about my smile in all forms of media release as outlined above.
- I authorize and permit Sandy Dental to use my smile photos, full-face photos, and first name but no brief story about my smile in all forms of media release as outlined above.
- I authorize and permit Sandy Dental to use only my smile photos, but not my first name in all forms of media release as outlined above.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante (en letra de imprenta): _____

Relación al paciente: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____