



1911 Forest Hill Blvd, West Palm Beach, FL 33406 ☎ (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de hoy _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Sexo: **F M** Estado Civil: **Casado Divorciado Viudo Otro** No.Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono Trabajo: _____ Telefono Celular: _____ Telefono Casa: _____

Correo Electronico: _____@_____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Otra que no sea el Paciente: _____ Relacion del paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Telefono Celular: _____

Como se dio cuenta de nuestra oficina dental?

Paciente Amigo Paginas Amarillas Radio Website Un Empleado Otro

HIPPA

CONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO PRACTICAS PRIVADA

Yo, _____, he recibido copia de notificacion de practicas privados de esta oficina.

Firma del Paciente _____ **Fecha:** _____

Si usted es un representante legal del paciente por favor escribe su nombre y parentesco _____

Usted puede solicitar una copia de nuestra notificacion de practicas privadas en cual quier momento.

El paciente o la persona responsable da el permiso a la oficina de la Dr. Geldres de discutir y compartir informacion de citas, tratamientos, cuentas y otras informaciones dentales con las siguientes personas _____ (si no escribe nada, cualquier persona viviendo con usted esta aprobada)

Solo para uso oficial – Como Practica Privado, mi intencion es obtener la firma del paciente o su representante en este document pero no pudo ser por:

____ Fue un tratamiento de Emergencia.

____ No me pude comunicar con el Paciente.

____ El Paciente no desea firmar.

____ El Paciente se niega a firmar por que: _____

____ Otra

Firma del official privado _____

1911 Forest Hill Blvd, West Palm Beach, FL 33406 ☎ (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

Nombre: _____ Fecha ____/____/____

HISTORIAL MEDICO (Por favor circule SI or NO)

1. A tenido algun cambio reciente con su salud?.....SI NO
Si, por favor explique: _____
2. Cuando fue su ultimo examen fisico? _____
3. Esta bajo el tratamiento de un medico? SI NO
Si, por favor explique: _____
4. A estado interno en un hospital o/a tenido una enfermedad o condicion severa en los ultimos 5 años? SI NO
Si, por favor explique: _____
5. Tiene o a tenido algunas de las siguientes condiciones medicas (por favor circule las que aplican)?

Valvula artificial en el Corazon o un miembro artificial	Arthritis o Reumatismo	Hepatitis
Transplante de organos	Problemas Psiquiatricos o Emocionales	Soplo en el Corazon
Asthma o Fiebre de Eno	Problemas con el Higado	SIDA o HIV
Epilepsia o Desmayos Incontrolables	Fiebre reumatica Problemas con el Corazon	Enfermedades de transmision sexual
Tuberculosis	Marcapaso	Diabetes
Sangramientos o Enfermedades Sanguineas	Terapia de Radiacion	Presion Alta/Baja

Otras condicioines no mencionadas _____
6. Tiene problemas respirando por la nariz? SI NO
7. Toma usted medicamentos? SI NO
Si, por favor liste: _____
8. Tiene usted reacciones alergicas o esta adicto a alguna droga o medicamento (Penicilina, Codeina, Cocaina, o el Alcohol)? SI NO
Si por favor liste: _____
9. Ha notado algun bulto en su boca? SI NO
10. Ha tenido alguna reaccion a la anestesia local / general..... SI NO
11. Ha tenido sangramiento severo despues de una extraccion SI NO
12. Ha tenido alguna condicion o enfermedad, o otro problema no mencionado que crea usted que debemos saber? SI NO
13. Si, por favor explique: _____
14. Desea discutir su historia medica en privado con el doctor? SI NO
15. Nombre del Doctor Primario: _____ Telefono: _____

MUJERES

1. Estas embarazada? Si, cuantos meses? SI NO
2. Estas bajo tratamiento hormonal para evitar el embarazo? SI NO
3. Esta dando de lactar..... SI NO

HISTORIAL DENTAL

1. Que te preocupa de tus dientes o quisieras cambiar? _____
2. Cuando fue su ultima visita a un dentista? _____
3. Cuando fue la ultima vez que un dentista le tomo radiografias? _____
4. Cuando fue su ultima limpieza dental? _____
5. Has tenido uno de los siguientes tratamientos? Ortondoncia (Frenillos), Endodoncia(Tratemierto conducto),Periodoncia (Entermed a de encias)? SI NO
Si, per favor explique: _____
6. Experimentas dolor o molestias en la mandibula, musculos faciales y oido cuando abres la boca?..... SI NO
7. Usted rechina o aprieta los dientes? SI NO
8. Te sangran las encias? SI NO
9. Sufre usted de ansiedad o le provoca deseos de vomitar los tratamientos dentales? SI NO
10. Tienes o has tenido parciales removibles o dentaduras removibles? SI NO
11. Quisiera usted prevenir o evitar dentaduras? SI NO
12. Esta usted insatisfecho con la apariencia de sus dientes? SI NO
13. Que cambios quiciera hacer usted al respecto de su boca? _____
14. Cuales son sus pasatiempos? _____

Firma del paciente: _____ FECHA _____

Firma del paciente o representatante legal: _____ FECHA _____

Tratamiento Dental, Riesgos y Alternativas: Su sonrisa es importante para nosotros. Nosotros ofrecemos procedimientos que van dirigidos para una sonrisa saludable y tambien te damos alternativas de tratamiento. Usted deberia saber que la odontologia no es una ciencia exacta y hay riesgos potenciales y limitacions que deben considerarse cuando se hace un tratamiento. Por favor lea estas descripciones breves de los riesgos, beneficios, complicaciones que pueden pasar al hacer un tratamiento. Si uno de los siguientes tratamientos es recomendado por su dentista y si usted esta de acuerdo de recibir tal tratamiento. Un acuerdo de consentimiento sera firmado por usted despues de tener suficiente informacion y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir sus preocupaciones a su satisfacion.

1. **Drogas y Medicamentos:** Antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar una reaccion alergica, enrojecimiento y hinchazon de tejidos, dolor, picason, vomito y/o una reaccion alergica severa conocida como anaphylactic shock. **Iniciales** _____
2. **Cambio en el Plan de Tratamiento:** Durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o anadir tratamiento debido a condiciones encontradas durante el tratamiento en lo dientes que no fueron descubiertos durante la examinacion. En muchos casos pueden ser tratamiento de conductos con possible calcificaciones de canales o despues de restauraciones pueden necesitar coronas o extracciones. Sera informado adecuadamente cuando suceda. **Iniciales** _____
3. **Extracciones:** Cada diente que tiene es importante. Alternativas para removerlos estan siempre disponibles, estas alternativas seran explicadas a usted antes de extraer un diente. Como tratamiento de eleccion, Usted tiene que entender que remover un diente no siempre elimina la infection. Si la infection persiste hay otros tratamientos. Los riesgos que envuelve sacarse un diente es dolor, hinchazon, diseminacion de la infection , alveolitis, perdida de sensacion en dientes vecinos, labios, lengua y estructuras aledañas a la extracion llamada paresthesia que puede durar por simper o por un periodo de tiempo (dos o tres meses) o fractura mandibular. Por eso que tratamiento con especialista o hospitalizacion son necesarios si hay complicaciones durante el procedimiento o despues de el, Es responsabilidad del paciente incluyendo el pago de su costo. Pacientes que toman biophosphonates tienen la posibilidad de osteonecrosis (no sana el hueso) **Iniciales** _____
4. **Coronas, Puentes y Carillas:** Algunas veces es casi imposible coincidir con el color exacto de sus dientes naturales. En algunos caso se recomienda blanqueamiento antes de la entrega final de las corona, puentes y carillas. Despues que los dientes se ha preparado usted tendra unas coronas o puentes provisionales para proteger los diente trabajados. Estos provisionales puen despegarse con facilidad. _Depues que usted este de acuerdo con el color, forma, tamaño y contorno del trabajo (dientes y encias) este sera entregado y cementado permanentemente y no otros cambios estheticos se podran hacer. **Iniciales** _____
5. **Blanqueamiento:** Puede producir sensibilidad en diferentes niveles que varia de persona a persona y esto se va ira gradualmente. Esto tambien puede causar la inflamacion de sus encias, labios, cachetes y ciertas areas que son expuestas al gel. Existente sensibilidad sobre restauraciones abiertas, recession de raiz, dentina espuestas y otras condiciones dentales que puedan causar que la sensibilidad sea mayor despues del tratamiento. El tratamiento de ZOOM no es recomendado para personas que recivan PUVA radiacion o drogas foto terapeuticas o pacientes que tengan Melanoma, Diabetes o condiciones cardiacas. Estos materiales dentales de blanqueamiento tambien tienen que ser evitados por mujeres en gestacion y esten dando de lactar. **Iniciales** _____
6. **Dentaduras, Completas o Parciales:** Yo se que las dentaduras completas o parciales son construidas de plastico (Valplast), acrilico, metal y/o porcelana. Los problemas del uso de estos aparatos han sido explicados a mi, asi como las consecuencias que estos puedan producir como molestias, rupturas y aflogamiento. Conozco que la oportunidad final para hacer cambios a mis dentaduras incluyendo tamaño, forma y color de los dientes, esta en el paso de la "Prueba de la dentadura en Cera." Yo entiendo tambien que muchas de las dentaduras requieren un reajuste o relleno entre los tres o doce meses despues de su colocacion. El costo de este proceder de relleno no esta incluido en el costo inicial de la dentadura. **Iniciales** _____
7. **Tratamiento de Endodoncia (Tratamiento de Canales) TPR:** Yo entiendo que no hay una garantia de que el tratamiento de Endodoncia (TPR) salve mi diente y que posible complicaciones pueden ocurrir durante el tratamiento. Ocasionalmente objetos metalicos son cementados en el diente o se extienden a traves de la raiz, los cuales no necasariamente afectan el exito del tratamiento. Yo comprendo que en ocasiones son necesarios procedimientos quirurgicos despues de terminado el tratamiento de canales (TPR) como (Apiceptomia o extraccion)) **Iniciales** _____
8. **Perdida de los Tejidos Periodontales:** Esta es una condicion que causa infection en las encias y el hueso, produciendo la perdida de este y por consecuencia la perdida de los dientes. Diferentes planes de tratamientos le seran explicados como: un estricto regimen de limpieza, uso de antibioticos, raspado de las raices, cirugia de las encias, extracciones y remplazo de los dientes. Cualquier procedimiento dental puede producir efectos adversos en su condicion periodontal. **Iniciales** _____
9. **Implantes:** En estos se pueden producir complicaciones que incluyen la perdida de tejidos alrededor del implante, sangramientos, infecciones, inflamacion o danos cerca de los musculos, nervios y cavidades como senos nasales. Otra complicacion es la incompleta cicatrizacion del hueso alrededor del implante. El fumar y el excesivo consumo de alcohol pueden influir en el fracaso del implante. **Iniciales** _____
10. **Orthodontia:** Problemas de la Articulacion Tempormandibular, problemas periodontales, reabsorcion de las raices, descalificacions de los dientes (Manchas blancas o amarillentas), muerte del diente o perdida de su vitalidad se pueden presentarse durante el tratamiento. El tiempo total del tratamiento se puede ver retrasado debido a la ausencia del crecimiento facial, no usar las ligas elasticas, la ruptura del los aparatos y la perdida de las consultas de seguimiento. Todos estos factores pueden afectar la calidad de los resultados. Su cooperacion y la buena higiene son necesarios. **Iniciales** _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

1800 Forest Hill Blvd, Suite A3-A4, West Palm Beach, FL 33406 📞 (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

Nombre: _____ Fecha: _____

POLIZA FINANCIERA

Esta es la poliza de esta oficina dental para mantener el costo de su salud dental tan bajo como nos sea posible. Para poder lograr esto tenemos que mantener nuestra facturación al costo mínimo por favor ayudenos en lo siguiente:

- Siempre traiga su tarjeta de seguro a la oficina.
- Notifícanos al llegar que cambio de seguro, dirección y números de telefónicos, etc.
- Por favor siempre chequee su seguro con referencia a nuestra participación como oficina dental. No negaremos ningún procedimiento dental debido a no estar seguros de la participación de su seguro con la oficina. Por favor, entienda que usted es el responsable por verificar si su seguro participa con nuestra oficina.
- Si no podemos verificar su seguro dental el día que le damos servicio, nosotros no negaremos nuestros servicios y lo atenderemos pero, por favor, entienda que usted es responsable por los cargos incurridos en la cita dental. Pago es esperado en efectivo, tarjeta de crédito o CareCredit en el mismo día que se otorgaron los servicios dentales al menos que otros acuerdos se hicieron antes del procedimiento.

Nosotros solo aceptamos las siguientes formas de pagos:

Effectivo Care Credit Discover MasterCard Visa American Express

NO ACCEPTAMOS CHEQUES

OPCIONES de PAGO

Tu salud dental y tu sonrisa son importantes para nosotros. Por eso que nosotros aceptamos muchos seguros y tenemos programas de pago para ayudarlos.

1. Aceptamos mucho seguros. Nosotros requerimos por el contrato con su seguro de coleccionar copagos o deducibles en el momento que le damos el servicio. Cualquiera prepago no coleccionado el día de la visita sera sujeto \$20 extra de prepago como un pago de procesamiento. Es su responsabilidad saber de estos prepagos en su día de su visita. Nosotros estimaremos que es lo que su seguro puede pagar. Pero es la compañía de seguro que hace la final determinación de su elegibilidad. Ustedes estan acordando con nosotros que pagara cualquier pago que el seguro no lo haga.
2. Si no tiene seguro, nosotros ofrecemos descuentos y promociones que seguro satisficiera sus necesidades en casos que el pago no se pueda hacer complete. Podemos ofrecerle pagos de acuerdo a su presupuesto. Si paga en efectivo y todo el precio podemos darle mas descuentos.
3. Care Credit se acepta en esta oficina y puede aplicar aqui. Esto lo puede ayudar con sus pre pagos, deducibles y costo de tratamientos no cubiertos por su seguro. Tambien puede ayudar en emergencias inesperadas y le permite hacer su tratamiento inmediatamente. Este Sistema es bueno para paciente con seguro o sin seguro.

MENSUALIDADES

Si tiene un balance en su cuenta, la facturación se le mandara. El balance en la facturación es para ser pagos cuando lo reciba y sera considerado como pago tardios despues de 15 días. Si su cuenta esta tarde de pago, nosotros tomaremos los pasos necesarios para coleccionar nuestros servicios. Todas las cuentas mandadas a coleccion seran reportadas a la agencia de creditos y usted esta de acuerdo en pagar todas los cargos incurridos en coleccion y procesamiento de su deuda no pagada. **Hay un costo** para todas las transacciones de tarjetas de credito que reclamen el cargo de retorno al cliente de \$45. Y otros costo tambien pueden aplicar. Si usted tiene una preocupacion o preguntas, por favor no dude en preguntarnos a nosotros o el doctor.

TRASFERIR SU INFORMACION CLINICA

Usted necesitara personalmente completar una forma de autorizacion en donde nos da la autonomia de dar sus record. Todo los balances tiene que ser pagados antes de obtener o transferir sus record. Hay un cargo de \$25 por todas las copias de radiografías y otros. Necesitamos 48 horas de tiempo para dar servicio despues que nosotros fuimos notificados para tener su informacion. No tiene que tener deudas en la oficina de tratamientos, materiales usados y la parte del seguro tambien tiene que estar pago antes de darle copias.

PAGOS POR FALTAR A UNA CITA.

Usted necesita pagar un pago si usted falto a su cita o cambio la cita o cancel sin 24 horas de anticipacion, **los pagos son los siguientes:**

1. Dentista General: \$30 por ½ hora / \$60 por hora.
2. Higienista: \$30 por ½ hora. / \$60 por hora.
3. Tratamiento de Ortodoncia: \$30 por Cita
4. Limpieza Profunda: \$75 por Cita
5. Mantenimiento del Periodonto: \$50 por Cita

Una vez firmado este acuerdo, usted esta de acuerdo con todos los terminos, condiciones y este acuerdo sera cumplido.

Iniciales: _____

Despues de leer este acuerdo y haberlo entendido. Yo pido que los servicios se den y estoy de acuerdo con los cargos que tenga por los servicios rendidos. Yo entiendo que sino pago mi cuenta estoy delincuente y que sera dado a la agencia de coleccion y otros pagos de procesamiento que seran aplicados. Tambien estoy bajo el riesgo que la oficina me deje ir como paciente.

Yo he leído y entendido esta poliza financiera y entendido que yo sere el Unico responsable por los cargos incurridos por mi hijo/hija como el responsable guardian.

Firma: _____ Firma de padre o custodia (Si es menor): _____

Firma de padre / Custodia: _____