



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	Enfermedades de transmision sexual
Tuberculosis	Problemas con el Corazon	Diabetes
Sangramientos o Enfermedades Sanguineas	Marcapaso	Presion Alta/Baja
Otras condicioines no mencionadas	Terapia de Radiacion	
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? Ortodoncia (Frenillos), Endodoncia(Tratamiento conducto),Periodoncia (Enfermedad 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 también le damos alternativas de tratamiento. Usted debería saber que la odontología no es una ciencia exacta y hay riesgos potenciales y limitaciones 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 está de acuerdo de recibir tal tratamiento. Un acuerdo de consentimiento será firmado por usted después de tener suficiente información y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir sus preocupaciones a su satisfacción.

1. **Drogas y Medicamentos:** Antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar una reacción alérgica, enrojecimiento y hinchazón de tejidos, dolor, picazón, vómito y/o una reacción alérgica severa conocida como anafiláctico shock. **Iniciales** _____
2. **Cambio en el Plan de Tratamiento:** Durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir tratamiento debido a condiciones encontradas durante el tratamiento en los dientes que no fueron descubiertos durante la examinación. En muchos casos pueden ser tratamiento de conductos con posibles calcificaciones de canales o después de restauraciones pueden necesitar coronas o extracciones. Será informado adecuadamente cuando suceda. **Iniciales** _____
3. **Extracciones:** Cada diente que tiene es importante. Alternativas para removerlos están siempre disponibles, estas alternativas serán explicadas a usted antes de extraer un diente. Como tratamiento de elección, usted tiene que entender que remover un diente no siempre elimina la infección. Si la infección persiste hay otros tratamientos. Los riesgos que envuelve sacarse un diente es dolor, hinchazón, diseminación de la infección, alveolitis, pérdida de sensación en dientes vecinos, labios, lengua y estructuras adyacentes a la extracción llamada parestesia que puede durar por siempre o por un periodo de tiempo (dos o tres meses) o fractura mandibular. Por eso que tratamiento con especialista o hospitalización son necesarios si hay complicaciones durante el procedimiento o después de él, Es responsabilidad del paciente incluyendo el pago de su costo. Pacientes que toman bifosfonatos 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 casos se recomienda blanqueamiento antes de la entrega final de las coronas, puentes y carillas. Después que los dientes se han preparado usted tendrá unas coronas o puentes provisionales para proteger los dientes trabajados. Estos provisionales pueden despegarse con facilidad. Después que usted esté de acuerdo con el color, forma, tamaño y contorno del trabajo (dientes y encías) este será entregado y cementado permanentemente y no otros cambios estéticos se podrán hacer. **Iniciales** _____
5. **Blanqueamiento:** Puede producir sensibilidad en diferentes niveles que varía de persona a persona y esto se va ir gradualmente. Esto también puede causar la inflamación de las encías, labios, cachetes y ciertas áreas que son expuestas al gel. Existe sensibilidad sobre restauraciones abiertas, recesión de raíz, dentina expuestas y otras condiciones dentales que puedan causar que la sensibilidad sea mayor después del tratamiento. El tratamiento de ZOOM no es recomendado para personas que reciben PUVA radiación o drogas foto terapéuticas o pacientes que tengan Melanoma, Diabetes o condiciones cardíacas. Estos materiales dentales de blanqueamiento también tienen que ser evitados por mujeres en gestación y estén dando de lactar. **Iniciales** _____
6. **Dentaduras, Completas o Parciales:** Yo sé que las dentaduras completas o parciales son construidas de plástico (Valplast), acrílico, metal y/o porcelana. Los problemas del uso de estos aparatos han sido explicados a mí, así como las consecuencias que estos pueden producir como molestias, rupturas y aflojamiento. Conozco que la oportunidad final para hacer cambios a mis dentaduras incluyendo tamaño, forma y color de los dientes, está en el paso de la "Prueba de la dentadura en Cera." Yo entiendo también que muchas de las dentaduras requieren un reajuste o relleno entre los tres o doce meses después de su colocación. El costo de este proceder de relleno no está incluido en el costo inicial de la dentadura. **Iniciales** _____
7. **Tratamiento de Endodoncia (Tratamiento de Canales) TPR:** Yo entiendo que no hay una garantía de que el tratamiento de Endodoncia (TPR) salve mi diente y que posibles complicaciones pueden ocurrir durante el tratamiento. Ocasionalmente objetos metálicos son cementados en el diente o se extienden a través de la raíz, los cuales no necesariamente afectan el éxito del tratamiento. Yo comprendo que en ocasiones son necesarios procedimientos quirúrgicos después de terminado el tratamiento de canales (TPR) como (Apicectomía o extracción) **Iniciales** _____
8. **Pérdida de los Tejidos Periodontales:** Esta es una condición que causa infección en las encías y el hueso, produciendo la pérdida de este y por consecuencia la pérdida de los dientes. Diferentes planes de tratamientos le serán explicados como: un estricto régimen de limpieza, uso de antibióticos, raspado de las raíces, cirugía de las encías, extracciones y remplazo de los dientes. Cualquier procedimiento dental puede producir efectos adversos en su condición periodontal. **Iniciales** _____
9. **Implantes:** En estos se pueden producir complicaciones que incluyen la pérdida de tejidos alrededor del implante, sangramientos, infecciones, inflamación o daños cerca de los músculos, nervios y cavidades como senos nasales. Otra complicación es la incompleta cicatrización 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 articulación temporomandibular, problemas periodontales, reabsorción de las raíces, descalcificaciones de los dientes (manchas blancas o amarillentas), muerte del diente o pérdida 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 elásticas, la ruptura de los aparatos y la pérdida de las consultas de seguimiento. Todos estos factores pueden afectar la calidad de los resultados. Su cooperación 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 muchos seguros. Nosotros requerimos por el contrato con su seguro de coleccionar copagos o deducibles en el momento que le damos el servicio. Cualquier prepago no coleccionado el día de la visita será 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 están acordando con nosotros que pagará 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 más descuentos.
3. Care Credit se acepta en esta oficina y puede aplicar aquí. Esto lo puede ayudar con sus prepagos, deducibles y costo de tratamientos no cubiertos por su seguro. También 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 mandará. El balance en la facturación es para ser pagos cuando lo reciba y será considerado como pago tardío después de 15 días. Si su cuenta está tarde de pago, nosotros tomaremos los pasos necesarios para coleccionar nuestros servicios. Todas las cuentas mandadas a colección serán reportadas a la agencia de créditos y usted está de acuerdo en pagar todas las cargas incurridos en colección y procesamiento de su deuda no pagada. **Hay un costo** para todas las transacciones de tarjetas de crédito que reclamen el cargo de retorno al cliente de \$45. Y otros costo también pueden aplicar. Si usted tiene una preocupación o preguntas, por favor no dude en preguntarnos a nosotros o el doctor.

TRASFERIR SU INFORMACION CLINICA

Usted necesitará personalmente completar una forma de autorización en donde nos da la autonomía 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 después que nosotros fuimos notificados para tener su información. No tiene que tener deudas en la oficina de tratamientos, materiales usados y la parte del seguro también tiene que estar pago antes de darle copias.

PAGOS POR FALTAR A UNA CITA.

Usted necesita pagar un pago si usted faltó a su cita o cambio la cita o cancel sin 24 horas de anticipación, **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 está de acuerdo con todos los términos, condiciones y este acuerdo será cumplido.

Iniciales: _____

Después 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 delincente y que será dado a la agencia de colección y otros pagos de procesamiento que serán aplicados. También 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 Único 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: _____