



DR. CHRISTOPHER TROCKEL DDS, MS DR. MARTIN TROCKEL DDS, MS

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Género: H M
Primero Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ # Celular: ____-____-____
Mes Dia Año

Domicilio de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dentista General: _____ Es su primera vez visitando un ortodontista? Si No

A quien podemos agradecer por su referencia a Dr. Trockel? _____

Persona Responsable del Paciente

1)Guardian/Padre: _____ Relación al paciente: _____

Seguro Social: ____-____-____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio de Casa (si diferente de arriba): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Celular: ____-____-____ Email: _____

2)Guardian/Padre: _____ Relación al paciente: _____

Seguro Social: ____-____-____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio de Casa (si diferente de arriba): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Celular: ____-____-____ Email: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # Celular: ____-____-____

Política Fiscal Y De La HIPAA

Gracias por elegir True Smile Orthodontics! La Familia de True Smile Orthodontics es un apasionado de su salud oral. A continuación encontrará nuestra política financiera, que requerimos que lea, esté de acuerdo y firme antes de comenzar cualquier tratamiento.

Tenga en cuenta: cheques devueltos estarán sujetos a cargos. En el caso de que necesitemos utilizar una agencia de cobro y/o asistencia legal para cobrar, usted también será responsable de cualquiera de sus cargos.

Si tiene aseguranza:

-Para su comodidad, vamos a ofrecer una estimación del seguro y le ayudaremos a procesar sus reclamaciones de seguros. Sin embargo, no hay garantía de que su compañía de seguros pagará el monto total estimado.

-Su Póliza de seguro es un contrato con usted, su empleador, y su compañía de seguros, y True Smile Orthodontics no es una parte de ese contrato.

-Su compañía de seguros suelen pagar en el plazo de 30-60 días desde el momento de la presentación de reclamaciones. Si no paganen 60 días, le pediremos que se ponga en contacto con ellos para ayudar a acelerar el pago. Si no se recibe el pago, o su reclamo es negado por cualquier razón, usted es el último responsable de Pagar el saldo.

-True Smile Orthodontics se compromete a proporcionar el mayor tratamiento dental para nuestros pacientes y nuestros honorarios son los habituales para la industria y el área. Usted es responsable de acuerdo al monto acordado, independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros de las tasas de reembolso para el/los procedimiento(s).

-Requerimos que usted pague el copago y deducibles. Usted puede pagar con dinero en efectivo, tarjeta de crédito, o una de las terceras opciones de financiación de partidos que ofrecemos.

Declaración de Cumplimiento de HIPAA

Su información médica puede ser usada en nuestra oficina para llevar a cabo la planificación y coordinación de la atención entre el personal médico, asistente dental, higienista y la oficina de negocios. Podemos incluir su información de salud con una factura utilizada para cobrar el pago por el tratamiento que recibe en nuestra oficina. Podemos hacer esto con los formularios de seguros presentados por usted en el correo o enviada electrónicamente. Su información médica puede ser revisada durante el proceso de rutina de la certificación concesión de licencias, actividades de acreditación o auditoría para garantizar la calidad.

La comunicación con nuestros pacientes es una parte importante de nuestra filosofía. Nosotros preferimos comunicarnos con usted directamente. Haremos todo lo posible para respetar su privacidad, por favor póngalas por escrito para la oficina para que podamos responder a sus inquietudes.

Consentimiento:

He leído a fondo, revisado y entendido y aceptado los términos y condiciones que se enumeran más arriba. Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que el pago en última instancia por los servicios dentales prestados por True Smile Orthodontics para mí o cualquiera de mis dependientes es mío, y se debe pagar en el momento que se prestan los servicios, a menos que se hagan arreglos financieros previos. Además, entiendo que un cobro por finanzas, refacturación, honorarios de abogado, y tasa de percepción se añadirán a cualquier saldo vencido. Al firmar abajo, autorizo a True Smile Orthodontics a llamara cualquier número que proporcione, incluidas las llamadas o textos a los dispositivos móviles o similares para fines legales.

Patient Signature (Parent if minor)

Date

Historia Médica

Nombre del Paciente: _____

Ha visto a un médico o ha sido hospitalizado en los últimos dos años (incluyendo el embarazo)? S N

Si si, por favor explique: _____

Nombre y teléfono del médico: _____

Tomo antibióticos antes del tratamiento y limpiezas dentales? S N

Tiene alguna de las siguientes enfermedades: válvula cardíaca artificial, Endocarditis Infecciosa previa, daños a las válvulas del corazón en trasplante de corazón, Enfermedad Coronaria del Corazón cianótica no reparada, Enfermedad Coronaria del Corazón Reparada con defectos residuales? S N

Alergias a los anestésicos o medicamentos tales como antibióticos, pastillas para el dolor, sedantes, aspirina; látex o metales? S N

Si si, por favor enliste: _____

Está actualmente embarazada? S N

Si si, para cuando está esperando dar a luz? ____/____/____

- S N Alta/Baja presión arterial
- S N Tuberculosis, EPOC o problemas pulmonares
- S N Hepatitis A, B, C o D
- S N SIDA o VIH
- S N Sangrado excesivo o trastorno de la sangre
- S N Diabetes
- S N Diálisis Que días? L Ma Mi J V
- S N Asma
- S N Articulación Artificial. Cuando?

- S N Ataque del corazón o problemas del corazón
- S N Dolor en el pecho con el ejercicio (angina de pecho)
- S N Infarto
- S N Enfermedad de la tiroides
- S N Epilepsia, concusiones o desmayos
- S N Tumores, cáncer, tratamiento de radiación
- S N Trastornos psiquiátricos
- S N Tabaquismo Cuanto? _____
- S N Dependencia a Drogas/Alcohol

Otras enfermedades no listadas arriba: _____

Que recetas o medicamentos de venta libre, vitaminas o hierbas está tomando?: _____

Historia Dental

- S N Está usted en cualquier incomodidad dental? S N Tiene dientes sensibles a lo caliente, frio, dulce o presión?
- S N Tiene frecuentemente la boca seca? S N Le rechinan los dientes?
- S N Sus encías sangran al cepillarse o usar el hilo dental? S N Le falta algún diente?

Que tan seguido se cepilla? _____ Qué tan seguido usa hilo dental? _____

En una escala de 0 a 10, siendo cero el mínimo y diez siendo el mayor, por favor califique lo siguiente:

Qué tan saludable está su boca?: _____ Ansiedad Dental: _____ Feliz con su sonrisa?: _____

He leído la información anterior y respondió con precisión. No voy a responsabilizar a True Smile Orthodontics responsable de cualquier acción tomada o no tomada por errores o omisiones que pueda haber cometido en este formulario.

Firma del Paciente/Guardiana: _____ Fecha: _____