

Silicon Valley Center for Cosmetic Dentistry
1565 Hollenbeck Ave #112
Sunnyvale, CA 94087

Información del Paciente

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____
Dirección de domicilio: _____ Sexo: M F
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Nombre de Pareja/Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____ Empleador: _____

¿A quien podemos agradecer por recomendarte? _____

Información de Contacto

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Teléfono Celular : _____

Por favor actualice cualquier cambio de numero de telefono, direccion, correo electronico o seguro de inmediato

Información de Seguro

Nombre de la Persona Asegurada : _____ Fecha de Nacimiento: _____
Relacion al Paciente: _____ Número de Identificación: _____
Nombre de la compañía de seguro: _____ Número del grupo: _____

*Si el paciente está cubierto por otro seguro dental, por favor elegir, No Si es sí, complete lo siguiente.

Nombre de la Persona Asegurada : _____ Fecha de Nacimiento: _____
Relacion al Paciente: _____ Número de Identificación: _____
Nombre de la compañía de seguro: _____ Número del grupo: _____

HIPAA

La regla de privacidad HIPAA brinda protección federal para la información de salud de identificación individual en poder de entidades cubiertas y sus socios comerciales y otorga a los pacientes una variedad de derechos con respecto a esa información. Al mismo tiempo, la regla de privacidad es equilibrada para que permita la divulgación de información de salud necesaria para la atención al paciente y otros fines importantes. La regla de seguridad especifica una serie de salvaguardias administrativas, físicas y técnicas que las entidades cubiertas y sus socios comerciales pueden utilizar para asegurar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de salud electrónica protegida.

Asignación y Liberación

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s) tenemos cobertura de seguro con la compañía de seguro: _____ y asignó directamente a Dr. _____ todos los beneficios del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las compañías de Seguros(fes) y sus agentes con el propósito de obtener pago por servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Por favor imprima el nombre del paciente: _____

Firma del paciente/padre/madre/guardián: _____

Fecha de hoy: _____ Relacion al paciente: _____

Silicon Valley Center for Cosmetic Dentistry

Gabriel Cano, DDS

Pólizas de La Oficina

Formularios

Las formas para pacientes nuevos y de actualización médica deben completarse y enviarse electrónicamente antes de su cita programada. Esto permite que la oficina prepare sus formularios. Si no puede completar los formularios electrónicamente, le pedimos que llegue 30 minutos antes de la hora programada de su cita para completar los formularios aquí en nuestra oficina.

Fotos Intraorales

Las fotografías intraorales se toman en el consultorio como herramienta para ayudar en el diagnóstico de caries, dientes rotos, restauraciones defectuosas, líneas de fractura, etc. Ayudan a educar al paciente y también funcionan como documento de respaldo/prueba para presentar al seguro que el tratamiento es necesario o se ha hecho. Algunas pólizas de seguro cubren las fotografías intraorales. Si el seguro no cubre, el gasto corre a cargo del paciente. El costo es \$40.

Iniciales del paciente: _____

Respecto al Seguro

Para aquellos pacientes cubiertos por un seguro, nos complace brindarles la cortesía de facturar a su compañía de seguros por tú; siempre que se nos proporcione toda la información necesaria para ello. Sin embargo, requerimos el pago de su porción estimada al momento del servicio. Tenga en cuenta que se trata de una estimación basada en la información que obtenemos de su compañía de seguro dental por teléfono, Internet o fax. El seguro no garantiza ninguna información que nos proporcionen y la determinación final se realiza cuando procesan su reclamo dental. Si su compañía de seguros no realiza el pago dentro de los 30 días, se espera que usted investigue este reclamo y liquide cualquier saldo con nuestra oficina. Su póliza de seguro se contrata entre usted y su compañía de seguros. Recuerde que al proporcionar información completa y precisa sobre su compañía de seguros, facilitará el éxito de sus reclamos.

Tarifas Habituales y Acostumbradas

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago de nuestra tarifa correspondiente, independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales por parte de cualquier compañía de seguros. Somos una oficina de pago por servicio. El pago vence el día del servicio. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard o cheque.

Cuentas Vencidas

Reenviamos todas las cuentas durante 60 días a una agencia de cobros para su procesamiento.

Confirmación de Citas y Póliza de Cancelación

La oficina se comunicará con usted mediante llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico para confirmar su cita programada con una semana de anticipación. Por favor responda el mensaje y confirme. Si necesita comunicarse con la oficina, puede llamarnos al (408) 739-9047. Si llama fuera de nuestro horario comercial normal, un servicio de contestador en vivo responderá y atenderá su llamada. Llevarán un mensaje para la oficina. ***Si tiene una emergencia dental, llame al (408) 739-9047 y nos comunicaremos con el Dr. Cano.*** La oficina tiene un número de mensajes de texto (408) 475-6751 que es para solo mensajes de texto, no llamadas telefónicas. El correo electrónico de nuestra oficina es gabrielcanodds@gmail.com y se revisa solo durante el horario comercial. La oficina está cerrada los viernes, sábados, domingos y la mayoría de los días festivos. La hora de su cita está reservada para usted. Si cancela/reprograma sin un aviso de 48 horas o no se presenta a su cita: se le aplicará una tarifa de \$100 por hora de cita.

Para Todos los Pacientes

Por la presente autorizo al médico a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier ayuda de diagnóstico que se considere adecuado por parte del médico para realizar un diagnóstico exhaustivo de mis necesidades dentales. También autorizo al médico a recetar todas y cada una de las formas de medicación y realizar cualquier terapia que sea indicada y acordada. Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas mientras se trabajaba en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy mi permiso al médico para realizar cambios y adiciones según sea necesario. Acepto pagar por todos los servicios prestados por esta oficina. He leído y entiendo las políticas de la oficina y estoy de acuerdo.

Nombre en letra del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Historia Dental

Nombre del Paciente: _____

¿Fecha de la última visita al dentista? ___/___/___ ¿Razón de la visita? _____

¿Fecha de la última radiografía dental? ___/___/___

Proveedor Dental Anterior: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si dejó a su dentista anterior, ¿cuál fue el motivo? _____

¿Cuáles son sus objetivos al venir a nuestra práctica hoy? _____

¿Qué es importante para usted en un dentista o clínica dental? _____

Cuidado de la Higiene en Casa

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? _____

¿Con qué frecuencia usas hilo dental? _____

¿Utilizas enjuague bucal? Sí/No

En caso afirmativo, de qué tipo: _____

¿Utiliza algún otro producto de cuidado dental en el hogar? Sí/No

En caso afirmativo, de qué tipo: _____

Elija la Respuesta Adecuada

1. ¿Actualmente experimenta dolor o malestar dental? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

2. ¿Te sangran las encías? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

3. ¿Tienes los dientes flojos? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

4. ¿Usas dentaduras postizas o parciales? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

5. ¿Alguna vez te han dicho que tienes enfermedad de las encías? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

6. ¿Tus dientes son sensibles al calor, al frío, a los dulces o a la presión? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

7. ¿Alguna vez ha sentido algún chasquido o molestia en la mandíbula? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

8. ¿Brunces o rechinas los dientes? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

9. ¿Usas guarda oclusal? Sí/No

10. ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos, etc.) antes? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

11. ¿Tienes la boca seca? Sí/No

12. ¿Se te queda comida o hilo dental entre los dientes? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

13. ¿Ha tenido algún problema o experiencia dental molesta asociada con atención dental anterior? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

14. ¿Tiene miedo de la odontología o tiene ansiedad asociada con el tratamiento dental? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

15. ¿Alguna vez ha sido premedicado para un tratamiento dental? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

16. ¿Alguna vez ha tenido una reacción al anestésico utilizado en su tratamiento dental? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

17. ¿Estás contento(a) con tu sonrisa? Sí/No

En caso negativo, explique: _____

18. ¿Qué cambiarías del estado actual de tu boca? _____

19. ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su salud dental o su historial dental? Sí/No

En caso afirmativo, explique: _____

Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es preciso. Entiendo la importancia de una honesta historia dental y que mi dentista y su oficina confiará en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas expuestas anteriormente han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del paciente/padre/madre/guardián: _____

Fecha de hoy: _____ Relación al Paciente: _____

HISTORIAL CLÍNICO CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?
Si respondió NO, explique: _____
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?
Si respondió, SI explique: _____
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?
Si respondió, SI explique: _____
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique: _____
Fecha del último examen médico _____ Motivo del examen: _____
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
Si respondió, SI explique: _____
Fecha de último examen dental: _____ Nombre del último dentista tratante: _____
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?
Si respondió, SI explique: _____

II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Dolor de pecho (angina)	Sí / No	Sangre en las heces	Sí / No	Vómitos frecuentes
Sí / No	Desmayos	Sí / No	Diarrea o constipación	Sí / No	Ictericia
Sí / No	Considerable pérdida de peso reciente	Sí / No	Micción frecuente	Sí / No	Boca seca
Sí / No	Fiebre	Sí / No	Dificultad al orinar	Sí / No	Sed excesiva
Sí / No	Sudores nocturnos	Sí / No	Zumbido en los oídos	Sí / No	Dificultad al tragar
Sí / No	Tos persistente	Sí / No	Dolores de cabeza	Sí / No	Tobillos inflamados
Sí / No	Expectoración de sangre	Sí / No	Mareos	Sí / No	Dolor o rigidez en articulaciones
Sí / No	Trastornos hemorrágicos	Sí / No	Visión borrosa	Sí / No	Falta de aire
Sí / No	Sangre en la orina	Sí / No	Aparición de moretones con facilidad	Sí / No	Problemas de sinusitis

Otro: _____

III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Enfermedad cardíaca	Sí / No	SIDA/HIV	Sí / No	Atención psiquiátrica
Sí / No	Historial familiar de enfermedad cardíaca	Sí / No	Cirugías	Sí / No	Osteoporosis
Sí / No	Infarto	Sí / No	Internación	Sí / No	Enfermedad tiroidea
Sí / No	Articulación artificial	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Asma
Sí / No	Problemas de estómago o úlceras	Sí / No	Historial familiar de diabetes	Sí / No	Hepatitis
Sí / No	Defectos cardíacos	Sí / No	Tumores o cáncer	Sí / No	Enfermedad de transmisión sexual
Sí / No	Soplo cardíaco	Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Herpes
Sí / No	Fiebre reumática	Sí / No	Radioterapia	Sí / No	Chancro o afta
Sí / No	Enfermedad de la piel	Sí / No	Artritis, reumatismo	Sí / No	Anemia
Sí / No	Endurecimiento de las arterias	Sí / No	Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No	Enfermedad del hígado

Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis

Otro: _____

IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS (Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros opioides
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nitroso	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal

Otro: _____

V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

(Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		
Sí / No	Opioides (por ejemplo, Norco, Vicodin, Percocet, Percodan)	En caso afirmativo, explique la razón: _____			

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: _____

VI. MUJERES SOLAMENTE (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si respondió SI, ¿de cuántos meses? _____

Sí / No ¿Está amamantando? _____

Sí / No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? _____

VII. TODOS LOS PACIENTES (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario? Si respondió SI, explique: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió SI, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Si respondió SI, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?

La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?

Nombre: _____ Vínculo: _____ Número de teléfono: _____

Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha

Gabriel Cano DDS A Dental Corp
1565 Hollenbeck Ave, Suite 112
Sunnyvale, CA 94087
408-739-9047

Consentimiento para Comunicaciones Electrónicas

Yo, _____ doy mi consentimiento para la transmisión electrónica de comunicación de Gabriel Cano DDS A Dental Corp. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir comunicación por correo electrónico o mensajes de texto.

Reconozco que puedo solicitar si no quiero y/o prefiero un tipo específico de comunicación.

Al firmar este Consentimiento para la transmisión electrónica de comunicaciones, doy mi consentimiento para la transmisión electrónica de todas y cada una de las comunicaciones de Gabriel Cano DDS A Dental Corp.

Firma del paciente (padre o guardián)

Fecha