



DR. SIBTAIN KERAI P.C.

*Bienvenido*

*Gracias por escoger nuestro equipo de salud dental !!!*

*Nosotros nos preocupamos por darle el mejor tratamiento dental posible  
Para lograr alcanzar todas sus necesidades dentales, porfavor llene esta  
forma con una pluma de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita  
ayuda porfavor diganos, nosotos con mucho placer le ayudaremos.*

Fecha \_\_\_\_\_

**Informacion de Paciente (confidencial)**

# S.S. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #Tel/Casa \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ #Tel Cell: \_\_\_\_\_ Recive Texto  Si  No

Marque uno:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a) Sexo  M  F

Estudiante?/Nombre de escuela/Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Tiempo:  Completo  Parcial

Paciente o Padre/Empleador del Guardian: \_\_\_\_\_ Tel/trabajo \_\_\_\_\_

Direccion de empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Esposa o Madre/nombre del guardian: \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Tel/Trabajo \_\_\_\_\_

Quien le refirió a nuestra oficina: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Informacion de Aseguransa**

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Fecha/nacimiento \_\_\_\_\_ # S.S. \_\_\_\_\_ Fecha/contratado \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_ # Union o local \_\_\_\_\_ Tel/trabajo \_\_\_\_\_

Direccion de Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ # de poliza \_\_\_\_\_

Ha usado su aseguransa este año en otro lugar? \_\_\_\_\_ Cuanto beneficios uso? \_\_\_\_\_

**Historial medico del paciente**

Si No Si No

1) Mujeres solamente:   C) Esta o piensa que esta en embarazo?.....

A) Esta dando pecho?.....

B) Esta tomando anticonceptivos orales?.....

2) Tiene o ha tenido lo siguiente?

Si No Si No Si No

Alta presión.....  Epilepsia/Convulsiones.....   Derrame cerebral.....

Baja presión.....  Implantes en su cuerpo.....  Enfermedad del hígado.....

Soplo en el corazón.....  Tuberculosis.....  Problemas del corazón.....

Enfermedad del corazón.....  Asma.....  Problemas respiratorios.....

Ataque al corazón.....  Anemia .....  Leucemia.....

Dolor de pecho.....  Terapia de radiación.....  Artritis.....

Marcapasos cardiaco.....  Cancer.....  Diabetes.....

Problemas de riñon.....  Hepatitis.....  SIDA o infección VIH.....

Problema de Tiroide.....  Problemas estomacales .....  Enfer. Transmisión sexual.....

Otro \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

Nombre de su previo dentista y localidad \_\_\_\_\_ Fecha ultimo examen \_\_\_\_\_

## **Autorización y Divulgación de información**

Yo certifico que he leído y entendido la información a lo mejor de mi entendimiento. Las preguntas hechas han sido correctamente contestadas. Yo entiendo que al proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y archivos de cualquier tratamiento o exanimación realizados a mi persona o a mi hijo(a) durante el periodo del tratamiento dental a terceros grupos de pagos y, o a participantes de salud. Yo autorizo y requiero que mi compañía aseguradora le pague directo al dentista. Yo entiendo que mi aseguradora dental llegue a pagar menos que el cobro total. Por lo cual entiendo que yo soy responsable por pagar todos los servicios que sean realizados a mí o a mis dependes.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o padre/guardian si menor de edad)

## **Poliza de Pagos**

### **Formas de pago**

Aceptamos pago en efectivo, visa, mastercard , discover. Tambien recibimos cheques personales después de su segunda visita, (una cuota de \$25.00 se cobrara al paciente por cargos de cualquier cheque rebotado).

### **Pacientes sin seguro dental**

Un pago completo es requerido el día que se le realicen los servicios, al menos de que otros arreglos sean acordados. Después de 30 días del tratamiento, cualquier cuenta o balance pendiente tendrá que ser cancelado por completo por el paciente o persona responsable. Cualquier balance que no sea pagado en un periodo de 30 días será mandado a colección.

### **Pacientes con seguro dental**

La asignación de sus beneficios no son garantizados. Co-pagos por cualquier tratamiento dental son requeridos el día de su cita. Los pacientes tienen que entender que tratamientos profesionales han sido realizados, por lo tanto si su seguro se niega a pagar por estos servicios después de 60 días de que un reclamo sea sometido, el paciente será responsable por cualquier cuenta pendiente. Cualquier balance pendiente por más de 60 días si no es liquidado por la aseguradora o el paciente, tendrá que ser mandado a colección.

### **Pacientes de emergencia**

Un pago por completo será requerido por los pacientes que sean atendidos en situación de emergencia el día en que el tratamiento se le es realizado, al menos de que otros arreglos sean acordados. Si tiene aseguradora y sus beneficios no han sido verificados, usted será responsable por todos los gastos hasta que nosotros tengamos la información necesaria. Cheques personales no serán aceptados.

### **Financiamiento**

Ofrecemos aplicaciones de compañías financieras independientes con financiamiento gratis para los pacientes que califiquen.

### **Poliza por cancelación de cita**

Todas las citas son acordadas a la conveniencia de usted. Por lo tanto una cuota de \$50.00 se le cobrara por cada cita cancelada sin una notificación de 24 horas antes de su cita.

### **Porfavor siéntase libre de hacer cualquier pregunta que tenga.**

He leído, entendido y acepto los términos de pago.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona responsable