



FAMILY LEGACY DENTAL
PEDIATRIC AND FAMILY DENTISTRY

Información del paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha Nac: _____ SSN: _____ Sexo: M F DL/ID#: _____

Estado: _____

Teléfono #: _____ Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ APT#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____ Extensión: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Teléfono del Cónyuge: _____

Parte Responsable

Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha Nac: _____ SSN: _____ Sexo: M F DL/ID#: _____

Estado: _____

Teléfono #: _____ Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ APT#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____ Extensión: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Teléfono del Cónyuge: _____

Contactos de Emergencia

Contacto # 1: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____ Extensión: _____

Contacto # 2: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____ Extensión: _____

Seguro Dental Primario

Compañía de Seguros: _____ Número de teléfono: _____

Política #: _____ Grupo #: _____ Empleador: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ DOB: _____

Titular de la Póliza SS #: _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Dental Secundario

Compañía de Seguros: _____ Número de teléfono: _____

Política #: _____ Grupo #: _____ Empleador: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ DOB: _____

Titular de la Póliza SS #: _____ Relación con el Paciente: _____



¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

- Internet
- Lista de proveedores de seguros
- Lista de proveedores de Medicaid
- Página de Facebook
- Anuncio por correo
- Hometown Values Revista
- Valpak
- W.I.C.
- Estado de Utah
- Amigo/Familia (nombre) _____
- Otro _____

Consentimiento de Comunicación Electrónica

Nombre: _____ D.O.B.: _____

(Inicial a continuación)

_____ Acuerdo

_____ NO ESTOY DE ACUERDO

Que Family Legacy Dental puede comunicarse conmigo electrónicamente en el número de teléfono móvil y /o dirección de correo electrónico que he enumerado. Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo en la comunicación electrónica y que terceros podrían interceptar las comunicaciones. Además, acepto que soy responsable de proporcionar a Family Legacy Dental cualquier actualización para mi información de contacto de comunicación electrónica. Entiendo que este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento notificando a Family Legacy Dental por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

Reconocimiento de Revisión y Recepción de Aviso de Nuestras Prácticas de Privacidad

Nombre de Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Políza de Cita

(inicial a continuación)

_____ Family Legacy Dental se dedica a proporcionar a cada uno de nuestros pacientes una atención excepcional. Cada cita en nuestra oficina está reservada de forma única por las necesidades de cada paciente individual. Esta reserva significa que un período de tiempo específico en el día del médico está específicamente dedicado para el paciente que está programado. Cancelaciones de citas de corta notificación, citas perdidas y/o llegadas tardías a citas, resultan en la incapacidad de ver a otra persona, en posible necesidad urgente, a esa hora de la cita. Por lo tanto, nuestra Política de Citas de Oficina requiere **48 HORAS DE NEGOCIO** para cambios de citas o cancelaciones. **Citas que sean reprogramadas o canceladas sin una notificación de 48 horas hábiles antes de la cita resultara en una TARIFA DE MIEMBRO DE \$ 75.00 por cada hora de tiempo específicamente reservado para la cita.** Si la cita se cancela dentro de las 48 horas hábiles, deberá realizar el pago en el momento de la cancelación o cambio de cita. Tenga en cuenta que la cita no podrá reprogramarse hasta que se haya pagado la tarifa de la cita incumplida. Tres citas perdidas o fallidas pueden resultar en el despido de nuestra oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Políza Financiera y Declaración Federal de Verdad en Préstamos

(inicial a continuación)

_____ Como condición de su tratamiento por parte de esta oficina, los acuerdos financieros deben hacerse con anticipación. Los copagos del paciente (la cantidad no cubierta por el seguro) son debidos y pagaderos en el momento del servicio. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin acuerdos financieros previos, deben ser pagados en el momento en que se prestan los servicios. Como cortesía, nuestra oficina enviará reclamos de servicios dentales completados a su plan de seguro. Es responsabilidad del paciente conocer y entender los beneficios proporcionados por su plan de seguro dental. Nuestra oficina hará todo lo posible para proporcionarle una cantidad estimada de cobertura de seguro. El paciente es financieramente responsable del pago en su totalidad por los servicios prestados en caso de que su seguro dental pague menos de lo estimado originalmente. Los intereses del 1,5% al mes (18% anual) sobre todos los saldos vencidos por 60 o más días se evaluarán a los saldos de las cuentas. A se agregará una cuota del 50% del saldo de mi cuenta en caso de que mi cuenta sea referida a una agencia de cobro.

En consideración por los servicios profesionales prestados a mí, o a petición mía para mi hijo menor de edad o pupilo por el estado. Acepto pagar el valor razonable de dichos servicios a dicho dentista o a su cesionario en el momento en que se prestan dichos servicios, acepto además pagar todos los costos y honorarios razonables de abogados si se establece una demanda en virtud del presente para cobrar el dinero que yo adeuda, incluidos los intereses tasas de procesamiento o comisiones (hasta el 50% de los principios) que puedan ser evaluadas por cualquier agencia de cobro retenida para tratar este asunto. Autorizo todos los pagos de reclamos de tratamiento dental con derecho al paciente a ser realizados directamente a Family Legacy Dental.

Firma: _____ Firma: _____

Historia Médica/Dental

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac: _____

Nombre del Médico de Cabecera: _____ Teléfono del Médico _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Sí **No**

- 1. ¿Tiene algún dolor o molestia dental en este momento?
- 2. ¿Tienes ahora, o alguna vez has tenido sangrado o encías sensibles?
- 3. ¿Se siente nervioso por recibir tratamiento dental?
- 4. ¿Has estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? (Sí sí)
Nombre del médico: _____ Teléfono del Médico: _____
- 5. ¿Alguna vez has tenido una mala reacción al anestésico dental? (En caso afirmativo, sírvase explicarlo) _____
- 6. Mujeres: ¿Están embarazadas o podrían estarla?
- 7. ¿Alguna vez le han dicho que necesita ser premedicado para el tratamiento dental? (Sí sí, por favor explique)

- 8. ¿Tienes dolor en o cerca de los oídos?
- 9. ¿Tienes alguna lesión sin cicatrizar o áreas inflamadas alrededor de la boca?
- 10. ¿Alguna vez has experimentado algún crecimiento o manchas doloridos en la boca?
- 11. ¿Te duele alguna parte de la boca cuando tienes las mandíbulas apretadas?
- 12. ¿Apriete habitualmente los dientes durante el día o la noche?



Compruebe cualquiera de los siguientes que haya tenido o haya tenido en la actualidad

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Juntas artificiales | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Adicción |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado | |

Certifico que he respondido a todas las preguntas en el formulario con precisión y por la presente acepto acatar las condiciones descritas en el mismo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac: _____

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

Actualizado:

Firma: _____ Fecha: _____



1980-1981

1. Identification of the various types of data available for the study of the problem.

1.1	1.1.1	1.1.1.1	1.1.1.2
1.2	1.2.1	1.2.1.1	1.2.1.2
1.3	1.3.1	1.3.1.1	1.3.1.2
1.4	1.4.1	1.4.1.1	1.4.1.2
1.5	1.5.1	1.5.1.1	1.5.1.2
1.6	1.6.1	1.6.1.1	1.6.1.2
1.7	1.7.1	1.7.1.1	1.7.1.2
1.8	1.8.1	1.8.1.1	1.8.1.2
1.9	1.9.1	1.9.1.1	1.9.1.2
1.10	1.10.1	1.10.1.1	1.10.1.2

2. Review of the literature on the subject of the study.

2.1	2.1.1	2.1.1.1	2.1.1.2
2.2	2.2.1	2.2.1.1	2.2.1.2
2.3	2.3.1	2.3.1.1	2.3.1.2
2.4	2.4.1	2.4.1.1	2.4.1.2
2.5	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2
2.6	2.6.1	2.6.1.1	2.6.1.2
2.7	2.7.1	2.7.1.1	2.7.1.2
2.8	2.8.1	2.8.1.1	2.8.1.2
2.9	2.9.1	2.9.1.1	2.9.1.2
2.10	2.10.1	2.10.1.1	2.10.1.2