



DR. NGHI TRAN D.D.S & DR. NHU DANG D.D.S

347 W. JEFFERSON BLVD DALLAS, TX 75208

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ Nuevo Paciente Actualizar
Paciente: _____
Apellido Nombre Apodo Titulo
 Masculino Mujer Menor de edad* Estudiante** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

*Si es MENOR DE EDAD, nombre del Padre/Guardian

**Si es ESTUDIANTE, FAVOR DE COMPLETAR

Tiempo Completo Tiempo Partial

Escuela/ Locacion

Fecha De Nacimiento del Paciente: _____ Seguro Social del Paciente: _____

Direccion: _____ Casa: _____
Celular: _____
Otro: _____

Ciudad Estado Codigo Postal

Correo Electronico: _____ Como escucho de nosotros? _____

Informacion De Emergencia

En Caso de Emergencia Comunicarse:

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel: _____

Informacion Sobre Su Empleo

Empleador: _____ Ocupacion/ Profesion: _____
Direccion: _____

Ciudad Estado Codigo Postal
Casa: _____
Celular: _____
Otro: _____

Informacion De Aseguranza

Nombre del Asegurado/a: _____

Fecha de Nacimiento Del Asegurado: _____ Seguro Social: _____

Empleador del Asegurado: _____

Relacion con el Paciente: Yo Esposa Hijo/a Otro

Compania del Seguro: _____ Numero de Poliza/Grupo: _____ Numero ID: _____

Direccion: _____ Tel: _____

Ciudad Estado Codigo Postal

Compania del Seguro Secundario: _____ Numero de Poliza/Grupo: _____ Numero ID: _____

Direccion: _____ Tel: _____



DR. NGHI TRAN D.D.S & DR. NHU DANG D.D.S

347 W. JEFFERSON BLVD DALLAS, TX 75208

Informacion Del Dentista Anteriormente

Dentista: _____ Telefono: _____

Clinica/ Practica: _____

Direccion: _____

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Rason por el cambio de Dentista? _____

Historia Dental

Salud Oral: Excelente Bueno Regular Mal

Ultima Visita Dental: _____ Tipo de Tratamiento: _____

- Si No Está usted actualmente teniendo malestar dental? _____
- Si No Cualquier experiencia dental infeliz/desagradable? _____
- Si No Cualquier lesión en la boca, los dientes, la cabeza? _____
- Si No Cualquier diente perdido que no sea muelas del juicio o extracciones ortodóncicas?
- Si No Se han sustituido los dientes perdidos?
- Si No Aparatos ortodónticos ahora o en el pasado?
- Si No Sangrado de las encías al cepillar o usar hilo dental?
- Si No Preocupado por la enfermedad de las encías? Historia de la enfermedad de las encías? Si No
- Si No Esta feliz con su sonrisa?
- Si No Le gustaria saber que opciones estan disponible para crear una sonrisa mas bella?
- Si No Le lastima al morder o al masticar?
- Si No Aprieta o muele los dientes? si es así, usa un protector nocturno o férula? Si No
- Si No Quiere convertirse en un paciente regular de atención continua en nuestra práctica?
- Si No Quiere que su boca se restaure correctamente?
- Si No Algun tratamiento dental lo/la ase nervioso/a? _____

Las preocupaciones más importantes con respecto a mi visita son:

Qué factores son más importantes para su satisfacción con nuestra oficina? _____

Cualquier preocupación/comentario adicional? _____

Pacientes Menores de Edad: Favor de Contestar las Siguietes Preguntas:

- Si No Algún hábito bucal? (chupar el pulgar, morder las uñas, respirar por la boca, chupete, etc.) _____
- Si No Cualquier hábito inusual del habla? _____
- Si No Cualquier diente perdido? _____
- Si No El paciente recibe asistencia al cepillar los dientes o para usar el hilo dental?

Información Primaria del Médico

Medico: _____ Telefono: _____

Nombre de la Clinica/ Practica: _____

Historia Medica

Salud General: Excelente Bueno Regular Mal
 Si No Bajo el cuidado de un médico ahora?
 Si No Alguna hospitalización en los últimos 5 años? _____
 Si No Alguna enfermedad/cirugía seria? _____
 Si No Uso del tabaco en cualquier forma? _____
 Si No Se requiere pre-medicación antes de las visitas dentales debido a la afección cardíaca o la articulación artificial?
 Si No Toma cualquier prescripción o medicamentos OTC diarios/medicamentos?

PACIENTES FEMENINOS:

Si No Actualmente Bajo Enfermería Si No Actualmente Embarazada Fecha de Parto: _____

Conoce alguna razón por la cual los procedimientos dentales de rutina puedan suponer un riesgo para usted, nuestro personal u otros pacientes? Si No Favor de describir: _____

Ay algo importante de su condicion medica que no hemos preguntado: Si No
 Favor de describir: _____

Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? (marque todos los que correspondan): Ninguno

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bulemia | <input type="checkbox"/> Problemas de Audicion | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Presion Alta |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Dependencia Quimica | <input type="checkbox"/> Problemas Del Hgado |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Mareos/ desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Otro - |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales | Listar _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

Es alergico o alguna vez ha tenido reacciones a lo siguiente? Ninguno

- Aspirinas Latex Penicilina/ Otros Antibioticos Codeina Barbiturico Lacteos Asestecia
 Sensibilidad del metal Pastillas para dormir Sedación por óxido nitroso Otro- Favor de Listar: _____

Medicamentos

Actualmente esta tomando de los siguientes medicamentos? Ninguno

- Antibioticos Antihistamina Aspirinas Diarias Esteroides Medicamentos De la Presion
 Insulina Medicamentos de Quimioterapia Tranquilizantes Nitroglicerina
 Otros Medicamentos Diabeticos Nitroglicerina Otros- Favor de Listar: _____

Nombre de medicacion	Dosis	Rason

Directrices Financieras

Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible para lograr la salud bucal total. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestras directrices financieras.

Seguro Dental

Aceptamos todos los pagos de seguros dentales más importantes, sin embargo, puede que no estemos en el proveedor de la red para su plan. Si no somos un proveedor de red, revise los detalles del plan, ya que en muchos casos el reembolso de seguro es muy similar.

- Ninguna estimación es garantía de pago. Por favor entienda, ustedes son responsables de todos los cargos no pagados por su seguro. Además, muchas compañías de seguros excluyen ciertos procedimientos dentales o degradan los procedimientos a un nivel de reembolso menor; en ese caso, usted sería responsable de la diferencia.
- Los menores deben estar acompañados por un padre o tutor legal. Si los padres están separados o divorciados, la persona que acompaña al menor será responsable del copago en el momento del servicio.

Pagos

- La porción del paciente o el co-pago del paciente se debe en el momento en que se prestan los servicios – a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos.
- Información sobre Pagos:
 - Todas las principales tarjetas de crédito son aceptadas (Visa, MasterCard, Discovery)
 - Varias opciones de financiamiento con CareCredit y Lending Club son aceptadas

Los saldos dejados durante 90 días incurrirán en un 10% o \$10 mínimo de gastos financieros mensuales. Nos damos cuenta de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen estos problemas, le animamos a que se comunique con nosotros con prontitud para obtener ayuda en la gestión de su cuenta.

Citas Cortas Canceladas/ Perdidas

- Por favor, dé dar 48 horas de aviso si no puede mantener su tiempo reservado. A menos que ocurra una emergencia, esperamos correr a tiempo para sus citas, y agradecemos la misma cortesía de usted.
- Después de la primera cita corta cancelada o faltada, \$35 o más alto será cargado basado en el procedimiento programado.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las declaraciones mencionadas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____



DR. NGHI TRAN D.D.S & DR. NHU DANG D.D.S

347 W. JEFFERSON BLVD DALLAS, TX 75208

Consentimiento del Paciente - Autorización de Pago - Firma en Archivo

Al mejor de mis conocimientos, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo cambios en mi estado de salud o en los cambios de mi medicación, informaré al dentista y al personal en la próxima cita sin falta.

Por lo presente autorizo el pago directamente al Dr. Nghi Tran D.D.S. y ala Dra. Nhu Dang D.D.S. de los beneficios dentales pagados por mí.

Por lo presente autorizo al Dr. Nghi Tran y ala Dra. Nhu Dang a divulgar cualquier información concerniente a mi salud o cuidado dental, consejo, tratamiento o suministros proveídos. Esta información se usará para administrar reclamos dentales y/o discutir las opciones de tratamiento con otros profesionales dentales.

Entiendo y acepto que (independientemente de mi estado de seguro) soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta para cualquier servicio de profesionales prestados.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las declaraciones mencionadas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____



Conocimiento de las Prácticas Privadas

Actualizado 2013

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida, bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA). Entiendo los términos en los cuales mi salud personal y la información de identificación del que pueden ser utilizados.

Me han informado de la notificación de prácticas de privacidad de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida. Me han dado el derecho de revisar y recibir una copia de tal aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad y que yo pueda contactar esta oficina en la dirección arriba para obtener una copia actual del aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago de o las operaciones del cuidado médico y entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted hace de acuerdo entonces usted está obligado a cumplir con tales restricciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al Paciente: Paciente Adulto Padre Guardian Otro

Enumere por favor a cualquier niño dependiente bajo edad de 18 también cubierto por este reconocimiento:

Doy permiso para que las siguientes comunicaciones sean utilizadas por el Dr. Nghi Tran D.D.S. y ala Dra. Nhu Dang D.D.S. (marque todos los que correspondan):

- Celular Telefono de Casa Trabajo Mensajes de Textos
 Correo Electronico

Estoy concediendo permiso para que el Dr. Nghi Tran D.D.S. y ala Dra. Nhu Dang D.D.S. Divulgue su identidad a cualquier persona que pueda contestar a mi teléfono de casa, trabajo o celular.

Estoy concediendo permiso para que el Dr. Nghi Tran D.D.S. y ala Dra. Nhu Dang D.D.S. deje un mensaje con cualquier persona que pueda contestar mi teléfono o en mi correo de voz de los números siguientes (marque todos los que correspondan):

- Celular Telefono de Casa Trabajo Ninguno- favor de pedir una llamada de vuelta
 Otro (favor de explicar)

- Bulemia
- TDAH
- SIDA/VIH
- Anemia
- Anorexia
- Ansiedad
- Válvula cardíaca artificia
- Articulaciones artificiales
- Artritis
- Asma
- Autismo
- Trastorno hemorrágico
- Fiebre reumática
- Enfermedad de tiroides
- Enfermedad venérea

- Problemas de Audicion
- Cancer
- Paralisis Cerebral
- Cardiopatia
- Dependencia Quimica
- Varicela
- Convulsiones
- Depresion
- Diabetes
- Mareos/ desmayos
- Epilepsia
- Infecciones frecuentes del oído
- Dolores de Cabeza
- Problemas Sinusales
- Tuberculosis

- Ataque al Corazon
- Hepatitis
- Presion Alta
- Enfermedad Renal
- Problemas Del Hígado
- Prolapso de la válvula mitral
- Mononucleosis
- Tratamiento psiquiátrico
- Quimioterapia
- Enfermedades Respiratorias
- Derrame Cerebral
- Ulcera
- Otro -
- Listar _____