



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: \_\_\_\_\_

**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             | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_