



West Valley Periodontics

Nombre _____ Initial 2nd Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Mujer / Hombre # de S. Social _____ Email _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Numero Telefonico _____ Celular o Casa Otro Numero Telefonico _____

Donde Trabaja? _____ Direccion _____ Ocupacion _____

Si es menor de edad, Nombre del Responsable _____ Relacion _____

Soltero / Casado / Divorciado / Otro Nombre de Esposo o Pareja _____ Telefono de emergencia _____

A quien le agradecemos la referencia? _____ Nombre de Dentista _____

Informacion de Aseguranza Dental

Primaria - Nombre de Aseguranza Dental _____ Telefono _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Nombre del Asegurado _____ Relacion al Paciente _____

de Identificacion o Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Grupo _____

Secundaria - Nombre de Aseguranza Dental _____ Telefono _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Nombre del Asegurado _____ Relacion al Paciente _____

de Identificacion o Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Grupo _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

ENTIENDO QUE EL PAGO DE LOS SERVICIOS DENTALES PROPORCIONADOS FOR ESTA OFICINA, PARA MI O PARA MI DEPENDIENTE, ES MI RESPONSABILIDAD Y DEBE PAGARSE EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS

ENTIENDO QUE TODOS LOS SERVICIOS DENTALES PROPORCIANODS, SE COBRAN DIRECTAMENTE Y QUE SOY RESPONSABLE DEL COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO. COMO CORTESIA, ESTA OFICINA ME AYUDARA A PREPARAR MIS FORMULARIOS DE SEGURO Y HARA TODO LO POSIBLE PARA OBTENER EL REEMBOLSO DE MI COMPANIA DE SEGUROS. ENTIENDO QUE CUALQUIER DEDUCIBLE Y COPAGO ESTIMADO SE PAGA EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTE EL SERVICIO.

Doy mi consentimiento a West Valley Periodontics para recibir el pago directamente de mi compania de seguros, pero entiendo que esta oficina no puede prestar servicios basandose en la suposicion de que la compania de seguros pagara. Acepto notificar a la oficina de inmediato si hay algun cambio con respecto a mis beneficios dentales.

Por lo presente autorizo a West Valley Periodontics a divulgar cualquier informacion que pueda ser requerida por mi compania de beneficios dentales, mi proveedor de atencion medica y/o compania de cobros.

He leido y entiendo las condiciones anteriores con respecto a mis beneficios dentales.

Firma del Paciente o Guardian

Fecha de hoy



West Valley Periodontics

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Razon por su visita _____ Tiene molestias dentales : SI/NO

Marque si tiene problemas con alguno de los siguientes:

____ Mal Aliento ____ Sangrado de Encias ____ Tratamiento Periodontal ____ Sensibilidad al morder
____ Sensibilidad a temperatura: Helado/Caliente ____ Sensibilidad a Dulce ____ Apretar o Rechinar los dientes

Con que frecuencia se cepilla? _____ Usa hilo dental _____

Como se siente de la apariencia de sus dientes? _____

Cualquier reaccion adversa, durante o junto con procedimiento medico o dental _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de Medico _____ Telefono _____

Pharmacia: _____ Telefono _____ Calles: _____

Cualquier enfermedad u operacion grave: _____ Fecha _____

Transfucion de Sangre _____ Articulaciones artificiales _____ Fecha _____

Cancer _____ Infarto Cardiaco _____ Fecha _____

Cirugia de Corazon _____ Fecha _____ Derrame Cerebral _____ Fecha _____

Marcapasos _____ Condicion Neurologica/Emocional _____

Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon | <input type="checkbox"/> Herpes Labial | <input type="checkbox"/> Radiacion |
| <input type="checkbox"/> Angina del Pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Efermedad de Rinon | <input type="checkbox"/> Lesion Cranial | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Mareo/Vertigo | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea | <input type="checkbox"/> Premedicacion | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Trastorno Mental |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Trastorno Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Fumar/Masticar Tabaco | <input type="checkbox"/> Problemas de Estomacales | <input type="checkbox"/> Trastorno de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de Senos Nasaes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Mandibula | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Ulceras |

Otro _____

ALLERGIAS

Codeina Latex Morfina Penicilina Amoxicilina Sulfonamidas Anestesia Local

Aspirina Narcoticos

Other _____

MEDICAMENTOS – Liste todos los medicamentos que esta tomando o proporcione una copia de la lista de medicamentos



West Valley Periodontics

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

VERIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN EL FORMULARIO THE HISTORIAL MEDICO ES VERDADERA Y CORRECTA.

- Entiendo que la oficina y el personal de West Valley Periodontics haran todos los esfuerzos razonables para proteger mi informacion medica personal, incluido mi numero de seguro social, fecha de nacimiento, direccion y numeros de telefono.
- Entiendo que puede haber ocasiones en las que el medico y el personal de West Valley Periodontics, necesiten hablar conmigo sobre la hora de una cita, el resultado de una prueba o los arreglos financieros. Si no estoy disponible, tienen permiso para dejar un breve mensaje en mi casa y/o el numero de trabajo proporcionado.
- Doy permiso a West Valley Periodontics y el personal para que se comunique con mi dentista general, medico general or especialista de quien estoy bajo atencion.
- A peticion mia, se me dara una copia de la poliza de HIPPA.

Ademas de mi dentista, medico y compania de beneficios dentale, autorizo a West Valley Periodontics a discutir mi informacion personal con las siguientes personas:

NOMBRE

RELACION

NOMBRE

RELACION

NOMBRE

RELACION

FIRMA DEL PACIENT, GUARDIAN OR REPRESENTANTE LEGAL

FECHA



West Valley Periodontics

OFFICE FINANCIAL POLICY

Nuestro objetivo en West Valley Periodontics es asegurarnos de que tenga una experiencia excepcional en nuestra oficina. Nos comprometemos a ayudarlo a comprender su salud dental, para que siempre pueda tomar las mejores decisiones con respecto a su tratamiento. Estamos aquí para ayudarlo en todo lo posible. Comuníquese con nuestras preguntas e inquietudes a nuestro equipo.

En nuestro compromiso de brindar atención dental de la más alta calidad disponible para todos nuestros pacientes y para que esos servicios sean cómodamente aceptables, nos complace ofrecerle las siguientes opciones de pago.

- Visa / Mastercard – Debit
- Visa / MasterCard – Credit Cards – Se aplica una tarifa de 3% por pagos de \$300.00 o más.
- Cheque (Habrá un cargo de \$35.00 por cualquier cheque devuelto)
- Cash

También ofrecemos opciones financieras con Care Credit

Consulte a nuestro personal administrativo para obtener detalles y solicitudes de crédito

1. Entiendo que el pago de servicios dentales proporcionados por Dr. Aziz Bohra, Dr. Martin o Dr. Trevor Siu, para mí o para mi dependiente es mi responsabilidad y debe pagarse en el momento en que se presenten los servicios.
2. **Pacientes con Seguro Dental:** Como cortesía, West Valley Periodontics enviará mis formularios de seguro y hará todo lo posible para obtener el reembolso de mi compañía de seguros. Entiendo que todos los servicios dentales proporcionados se cobran directamente y que soy personalmente responsable del costo total del tratamiento. Entiendo que cualquier deducible y copago estimado se paga en su totalidad al momento del servicio y es mi responsabilidad hacer seguimiento con mi seguro.
3. Doy mi consentimiento para permitir que West Valley Periodontics reciba el pago directamente de mi compañía de beneficios dentales, pero entiendo que esta oficina no puede brindar servicios basándose en el supuesto de que la compañía de beneficios dentales pague. Acepto notificar a la oficina de inmediato si hay algún cambio con respecto a mi cobertura de beneficios.
4. Como condición de mi tratamiento por parte de West Valley Periodontics, cualquier arreglo financiero debe hacerse con ANTICIPACIÓN, antes de que el tratamiento se haga. Entiendo que la oficina depende del reembolso financiero de sus pacientes.
5. **En un esfuerzo por compensar los crecientes costos de las tarjetas de crédito, se aplicará una tarifa del 3.00 % a los pagos liquidados con tarjetas de crédito de más de \$300 y no se aplica a las tarjetas de débito.**
6. Se cobrará un cargo financiero del 3% por mes sobre todas las cuentas no pagadas que excedan los 30 días, a menos que exista un acuerdo financiero previamente escrito y firmado. Además, acepto pagar todos los cargos financieros, costo de cobranza, honorarios de abogados y cualquier otro costo que pueda incurrir para hacer cumplir el cobro de cualquier cantidad pendiente en mi cuenta.
7. Estoy de acuerdo en pagar la tarifa de \$35.00 por cualquier cheque devuelto.
8. **Se cobrará una tarifa de \$100 POR HORA POR CITA PERDIDA O CANCELADA SIN AVISO DE 48 HORAS.**
9. Todos los servicios de emergencia o cualquier otro servicio dental realizado sin arreglos financieros previos debe pagarse en su totalidad al momento de los servicios prestados.
10. Autorizo a West Valley Periodontics a divulgar información que pueda ser requerida a mi compañía de beneficios dentales, pagador externo y/o profesional de salud.
11. Doy mi permiso a West Valley Periodontics o su cesionario para llamar a mi casa o trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.
12. He leído las condiciones anteriores y acepto su contenido.

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Paciente o Guardian _____