



## Bienvenido

¡Bienvenido a nuestra oficina! Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y esperamos contar con su presencia personal y profesionalmente. Nuestra filosofía de atención abarca todo lo que hacemos para usted. Se compone de los siguientes elementos clave:

- ✓ Nosotros cuidamos de nuestros pacientes y queremos que se sientan muy a gusto con todo nuestro personal.
- ✓ Reconocemos que cada paciente es un individuo y nuestro objetivo es ayudarle a mantener sus dientes en óptimo estado de salud y estética para toda la vida.
- ✓ Nos esforzamos por ser cuidadoso en todo lo que hacemos, y tomar el tiempo para hacer lo mejor usted.
- ✓ Estamos orientados a la estética de su sonrisa, lo que ayuda a verse mejor, manteniendo un óptimo estado de salud y estética para toda la vida.

En su primera visita, vamos a tomarnos el tiempo para conocerlo a usted (y usted, nosotros) y hablar de sus necesidades y necesidades dentales. Vamos a realizar una evaluación dental completa y reunir información para hacer un plan personalizado para usted. Esto tomará aproximadamente de 30-60 minutos.

Sinceramente,

SWAN DENTAL

*PD ¡Por favor, visite nuestro sitio web en [www.swandentaltx.com](http://www.swandentaltx.com) para aprender más acerca de nosotros!*



## INFORMACION DEL PACIENTE

EMAIL: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Número alternativo: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M F \_\_\_\_\_ Estado civil del paciente: Soltero Casado Menor Otros

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Para nuestros pacientes con seguro dental, por favor, recuerde que USTED ES RESPONSIBLE DEL PAGO. Recuerde también que algunas compañías de seguros intentan cubrir todos los gastos dentales. Algunas pagan tienen una cantidad fija para determinados procedimientos, y otras solo pagan un porcentaje del mismo. Usted es responsable de pagar cualquier deducible, u otro balance no pagado por su seguro.

Firma del Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Práctica de Privacidad y Formulario de Consentimiento del Paciente  
(HIPPA)**



Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted. El aviso contiene la sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de la notificación pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la información de salud protegida sobre la forma en que es usada o divulgada para tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted nos da el consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna revelación que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. La práctica ofrece este formulario para cumplir con Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

**El paciente entiende que:**

Toda información médica puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad que pueden ser revisados a petición.

La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad.

El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información de salud, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con dichas restricciones.

El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras entonces cesarán.

La práctica hará los tratamientos solo con el consentimiento del paciente.

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se proporciona el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación del PHI se hace por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individuo. La regla de privacidad general requiere que los proveedores de salud a tomar medidas razonables para limitar el uso o divulgación hecha en virtud de una solicitud de autorización por parte del individuo. Por favor, escriba sus iniciales reconociendo de que usted es consciente de la Regla de Privacidad HIPAA descrita anteriormente. Iniciales \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

¿Está usted bajo cuidado de un médico ahora?

Si      No      es sí, sírvase explicar:

¿Ha sido hospitalizados o tuvo una cirugía mayor?

Si      No      es sí, sírvase explicar:

¿Ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello?

Si      No      es sí, sírvase explicar:



# SWAN DENTAL

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas?

Si      No

es sí, sírvase explicar:

¿Usa usted el tabaco o consume el alcohol?

Si      No

es sí, con que frecuencia:

¿Usa usted sustancias controladas?

Si      No

**Mujeres: Está: Embarazada o tratando de quedar embarazada? SI\_ NO\_ Tomando anticonceptivos? SI\_ NO\_ Lactancia materna? SI\_ NO\_**

Es usted **ALÉRGICO** a cualquiera de los siguientes? (Por favor, circule las condiciones que aplique)

Ninguna Alergia Conocida\_ Aspirina\_ Penicilina\_ Codeína\_ Anestésicos Locales\_ Acrílicos\_ Metales\_ Látex\_

Otras alergias y explicaciones: \_\_\_\_\_

Tienes o ha tenido, cualquiera de los siguientes? (Por favor, circule las condiciones que aplique)

Adicciones	Dependencia Química	Enfermedad de la Tiroides	Leucemia	Reciente Pérdida de Peso
Alergias	Desangramiento Excesivo	Enfermedad Venería	Nerviosidad	Ronchas en la Piel
Alta/Baja Presión	Desmayos/Vértigo	Fiebre Escarlata	Palpito al Corazón	SIDA/VIH Positivo
Anemia	Diabetes	Fiebre Reumática	Problemas Circulatorios	Sinusitis
Artritis/Reumatismo	Diarrea Frecuente	Glaucoma	Problemas de Respiración	Tos con Sangre
Asma	Dolor de Espalda	Hemofilia	Problemas al Hígado	Tos Frecuente
Ataque al Corazón	Dolor en la Mandibular	Hepatitis A B C	Problemas en los Riñones	Transfusión de Sangre
Cuidado Psiquiátrico	Dolores de Cabeza	Hinchazón de pies o tobios	Prolapso Válvula Mitral	Tuberculosis
Cáncer/Tumor	Dolores en el Pecho	Hipoglicemia	Quimoterapia	Ulceras
Convulsiones/Epilepsia	Enfermedad Cardiaca	Medicamento Cortisone		Valvula Artificial Cardiaca
Coyuntura Artificial				

Ha tenido alguna enfermedad grave o condición médica? Si\_ No\_

1. A lo mejor de mi conocimiento, se han respondido con precisión las preguntas en este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la Oficina dental de cualquier cambio en la condición médica. Autorizo al doctor a tomar radiografías necesarias, modelos de estudio, fotografías y cualquier otras ayudas de diagnósticos que se consideren adecuadas hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades del paciente dental. También autorizo para realizar el tratamiento, terapia o medicamento el médico lo considere necesario y acordado el paciente. Entiendo que el uso de agentes anestésicos o gases nitrosos encarna un cierto riesgo.
2. Tengo entendido que la responsabilidad de pago por servicios dentales para mí y mis dependientes es mía y es debida y pagadero en los servicios de tiempo se procesan. Puede haber cargos adicionales por retraso en los pagos, citas rotas, devuelto cheques y gastos de recaudación.
3. Entiendo que es necesario dar **24 horas** previo aviso para reprogramar o cancelar cualquier cita dental para evitar una tasa de nombramientos rotos. Para el nombramiento de 2 o más horas por favor dar un aviso de 48 horas.
4. **SEGUROS:** Tengo entendido que las compañías de seguros estimaciones dadas a dental de Perla me son estimaciones y no puede ser una garantía de pago por mi compañía de seguros. Tengo entendido que yo me hago responsable por cualquier saldo pendiente. Doy permiso Perla dental para dar mi compañía de seguros cualquier información que sea necesaria para procesar mi reclamación de seguro.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

## **HISTORIAL DENTAL**

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_



# SWAN DENTAL

Dentista Anterior: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

Fecha de su última radiografía dental \_\_\_\_\_

Marque en "sí" o "no" para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| • Mal aliento                                  | Si _____ | No _____ |
| • Sangrado de las encías                       | Si _____ | No _____ |
| • Ampollas en los labios o en la boca          | Si _____ | No _____ |
| • Sensación de ardor en la lengua              | Si _____ | No _____ |
| • Mastica solo de un lado de la boca           | Si _____ | No _____ |
| • Fuma cigarrillo, pipa o cigarro              | Si _____ | No _____ |
| • Tronar o traquear la mandíbula               | Si _____ | No _____ |
| • Resequedad en la boca                        | Si _____ | No _____ |
| • Morderse las uñas                            | Si _____ | No _____ |
| • Acumulación de alimentos entre los dientes   | Si _____ | No _____ |
| • Objetos extraños                             | Si _____ | No _____ |
| • Rechina o tritura los dientes                | Si _____ | No _____ |
| • Encías inflamadas o sensibles                | Si _____ | No _____ |
| • Dolor de encías                              | Si _____ | No _____ |
| • Se muerde los labios o los cachetes          | Si _____ | No _____ |
| • Dientes flojos o tapadas rotas               | Si _____ | No _____ |
| • Respira por la boca                          | Si _____ | No _____ |
| • Dolor en la boca mientras se está cepillando | Si _____ | No _____ |
| • Tratamiento de ortodoncia                    | Si _____ | No _____ |
| • Dolor en el oído                             | Si _____ | No _____ |
| • Tratamiento periodontal                      | Si _____ | No _____ |
| • Sensibilidad a frío                          | Si _____ | No _____ |
| • Sensibilidad al calor                        | Si _____ | No _____ |
| • Sensibilidad a lo dulce                      | Si _____ | No _____ |
| • Sensibilidad cuando muerde                   | Si _____ | No _____ |
| • Lesiones o tumores en la boca                | Si _____ | No _____ |
| • ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental?      | _____    |          |
| • ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?  | _____    |          |

## **FACTS ABOUT DENTAL INSURANCE**

As an optimal-care dental practice, we strongly believe our patients deserve the best possible dental services we can provide. In an effort to maintain a high quality of care, we would like to share some facts about dental insurance with you.



**Fact #1:** Your dental insurance is based upon a contract between your employer and the insurance company. Should questions arise regarding your dental insurance benefits, it is best for you to contact your employer or the insurance company directly.

**Fact #2:** Dental insurance benefits differ greatly from traditional medical health insurance benefits and can vary quite a bit from plan to plan. When dental insurance plans first appeared in the early 1970's most plans had a yearly maximum of \$1000. Today, some 30+ years later, most plans still have an annual maximum of \$1000. That the premiums remained the same, allowing for a conservative yearly rate of inflation, your yearly plan maximums should be in excess of \$4500 today. Your premiums have increased, but your benefits have not. Therefore, dental insurance was never set-up to cover your services 100%; it is only an aid.

**Fact #3:** You may receive a notification from your insurance company stating that dental fees are "higher than usual and customary." Insurance companies never reveal how they determine "usual, customary and reasonable"(UCR) fees. A recent survey done in the state of Washington found at least eight different UCR fee schedules for one zip code in the Seattle area. The fees are somehow determined by taking "a percentage" of an average fee for a particular procedure in a geographic area. Average has been defined as "the worst of the best" or "the best of the worst." We do not provide average dentistry nor do we charge average fees.

**Fact #4:** Many plans tell their participants that they will be covered "up to 80% or up to 100%," but do not clearly specify plan fee schedule allowances, annual maximums, or limitations. It is more realistic to expect dental insurance to cover 35 to 50 of major services. Remember, the amount a plan pays is determined by how much the employer paid for the plan. You get back only what your employer puts in, less the profits of the insurance company.

**Fact #5:** Many routine dental services are not covered by insurance companies. This does not mean they aren't necessary or appropriate, just not covered.

We feel that dental insurance can be a great benefit for many patients and want you to know we will do everything in our power to insure that you get every benefit dollar you are entitled to. However, the treatment we recommend and ***the fees we charge will always be based on your individual need, not your insurance coverage.*** The ultimate decision as to what will be done and how fast we proceed will always be made by you. Based on your decision, we will discuss the total cost of treatment and what assistance you can expect from your dental insurance. All arrangements are strictly between you and our office. The full responsibility for payment of services rendered will always be with you.