



**CENTENNIAL**  
— FAMILY DENTISTRY —

Dental Care for the Entire Family



6449 Coit Rd. Suite 104, Frisco, TX 75035 – (214)436-4600

Estamos contentos de darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor tome unos minutos para llenar estas formas, si tiene alguna pregunta estaremos feliz de ayudarle.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Soltero ☐ Menor  
☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Juntos Por \_\_\_\_\_ Anos

Empleado/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de Empleado/Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo \_\_\_\_\_

Como escucho de nosotros? ☐ Paginas Amarillas ☐ Revista ☐ cupón ☐ Letrero ☐ Amigo/Familiar ☐ Otro

En caso de emergencia a quien notificamos? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA PRINCIPAL

Persona Responsable de la Cuenta (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona Responsable Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleado \_\_\_\_\_

Nombre de a seguridad \_\_\_\_\_

Numero de contrato \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_ Numero De ID \_\_\_\_\_

Nombres de dependes de la a seguridad \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA ADICIONAL

El Paciente esta cubierto por otra a seguridad? ☐ Si ☐ No

Nombre del suscrito \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona Responsable Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleado \_\_\_\_\_

Nombre de a Seguridad \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Numero de contrato \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_ Numero De ID \_\_\_\_\_

Nombres de dependes de la a seguridad \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DENTAL

Razón por la Visita de Hoy \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita al Dentista \_\_\_\_\_

Dentista Anterior \_\_\_\_\_ Fecha de última Rayos-X \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cheque si tiene problemas con lo siguiente:

|                                                                   |                                                              |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento                              | <input type="checkbox"/> Rechina Dientes                     | <input type="checkbox"/> Sensibles a lo caliente         |
| <input type="checkbox"/> Sangra las Encillas                      | <input type="checkbox"/> Dientes Flojos o Rellenos quebrados | <input type="checkbox"/> Sensibles a lo dulce            |
| <input type="checkbox"/> Quijada que chasca o que hace Estallar   | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal             | <input type="checkbox"/> Sensibles al morder             |
| <input type="checkbox"/> Colección del alimento entre los Dientes | <input type="checkbox"/> Sensibles al frio                   | <input type="checkbox"/> Dolor o crecimientos en su boca |

Cuántas veces usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Cuántas veces se Cepilla los Dientes? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Nombre de Medico Físico \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_

Usted ha tomado siempre el grupo un de los de drogas designadas colectivamente "pantano-phen?" Estos incluyen Combinaciones del Ionimin, de Adipex, de Fastin (Marcas de fabrica del Phentermine), de Pondimin(fenfluramin) y de Rdux (dexfenfluramine). ☐ Si ☐ NO

Usted ha tenido enfermedades o operaciones serias? ☐ Si ☐ No

Usted ha Tenido una Transfusión de sangre? ☐ Si ☐ No

(Mujer) Es usted esta embarazada? ☐ Si ☐ No Da Pecho? ☐ Si ☐ No Tomando Pastillas Anticonceptivas? ☐ Si ☐ No

Cheque si a tenido problemas con lo siguiente:

|                                                            |                                                       |                                                  |                                                          |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Tratamientos de la cortisone | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Escarlatina                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo              | <input type="checkbox"/> Tos persistente              | <input type="checkbox"/> Tension arterial alta   | <input type="checkbox"/> Falta de Respiración            |
| <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales del Corazon | <input type="checkbox"/> Tos con sangre               | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                | <input type="checkbox"/> Erupción de Piel                |
| <input type="checkbox"/> Empalmes artificiales             | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Dolor de la quijada     | <input type="checkbox"/> Ataques                         |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón    | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o de tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda           | <input type="checkbox"/> Desmayarse                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado   | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre              | <input type="checkbox"/> Glaucoma                     | <input type="checkbox"/> Válvula mitral Prolapso | <input type="checkbox"/> Habito del tabaco               |
| <input type="checkbox"/> Caner                             | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza            | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Tonsilitis                      |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química               | <input type="checkbox"/> Murmullos de Corazon         | <input type="checkbox"/> Radioterapia            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                     | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon        | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulcera                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios           | <input type="checkbox"/> Hemophilia                   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática        | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea              |
|                                                            |                                                       |                                                  | <input type="checkbox"/> Otro                            |

**MEDICINAS**

Liste las medicinas que usted esta tomando actualmente: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

|                                       |                                           |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina     | <input type="checkbox"/> Anestésico Local |
| <input type="checkbox"/> codeína      | <input type="checkbox"/> Penicilina       |
| <input type="checkbox"/> Yodo         | <input type="checkbox"/> Sulfa            |
| <input type="checkbox"/> Latex        | <input type="checkbox"/> Otro _____       |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos |                                           |

(Píldoras par Dormir )

Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION

Certifico que I, y/o mis dependientes tiene cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y asigno directamente a el Dr. \_\_\_\_\_

Todas las ventajas del seguro, si las hay, si no yo pagare por el servicio rendido. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si o no pagado por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

El dentista nombrado puede utilizar mi información del cuidado medico y puede divulgar tal información a la compañía de seguros susodicha (ies) y a sus agentes para el propósito de obtener el pago para los servicios y de determinar ventajas de seguro o las ventajas pagaderas al servicio relacionado. Este consentimiento terminara cuando mi plan actual del tratamiento se termina o un ano a partir de la fecha de la firma abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, del padre, del guardián o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima por favor el nombre del paciente, del padre, del guardián o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**CENTENNIAL**  
— FAMILY DENTISTRY —

Dental Care for the Entire Family



## **POLITICA FINANCIERA**

GRACIAS por elegirnos como su abastecedor de su cuidado dental. Nuestra preocupación más grande es su salud dental. Cualquier cosa que hagamos o la opinión serán centradas en esa filosofía. Se sugiere que vea al doctor cada seis meses (o como necesario) para asegurar que esta filosofía preventiva sea \_\_\_\_\_. Estamos confiados que su tratamiento sea acertado, y egrese para el mantenimiento. Lo que sigue es una declaración de nuestra política financiera, que pedimos que usted lea y que firme antes de cualquier tratamiento.

**PAGO PARA LOS SERVICIOS RENDIDOS:** Los pacientes son responsables del pago de todos los servicios rendidos en su favor o sus dependientes. **El pago es debido a la hora de servicio a menos que otras medidas financieras se hayan tomado en escrito por adelantado.**

**ASIGNACIONES DEL SEGURO:** Podemos aceptar asignaciones de las ventajas de seguro; sin embargo, la mayoría de los regímenes de seguros no cubren 100% de los honorarios cargados y tiene un deducible, que debe ser satisfecho antes de que cualquier ventaja de seguro pueda ser recibido. También, tenga presente que algunos, y quizás todos los, servicios no se consideran razonable y necesario bajo provisiones de su régimen de seguros. **Si nuestra oficina acepta su asignación de la compañía de seguros, no absuelve la responsabilidad del paciente de cargos por completo para el tratamiento rendido. Requerimos que todos los deducibles, pagos, y/o cualquier porcentaje de la cuenta que el portador de seguro primario no cubren, sea pagado a la hora de servicio.** Su póliza de seguro es contrato ente usted y su compañía de seguros. No somos un partido a la asignación de esa compañía. **Si su compañía de seguros no ha pagado su equilibrio por completo en el plazo de 60 días, el equilibrio será transferido automáticamente a su cuenta, y usted será responsable de lo debido.** Esta oficina no puede rendir servicios en la asunción que nuestros honorarios serán pagados por su compañía de seguros.

**HECHOS DE SEGURO:** Algunas compañías de seguros fijan su horario del honorario poco realista para limitar la cantidad que deben pagar en ventajas. Esto no significa que nuestros honorarios son demasiado altos. Fijamos nuestros honorarios según una encuesta sobre el honorario nacional. La mayoría de las compañías de seguros tienen un deducible anual. Usted necesitara saber cual es su deducible y pagar que cantidad antes de que su compañía de seguros comience a paga ventajas.

**DEFECTO EN EL PAGO:** En el acontecimiento del defecto en el pago, el paciente (guardián) promete pagar cualquier y todos los costos de la colección y honorarios del abogado como puede ser requerido para efectuar la colección de esta cuenta.

Paciente(s) \_\_\_\_\_

Firma de la persona Responsable

(Padre/Guardián si Paciente es menor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**CENTENNIAL**  
— FAMILY DENTISTRY —

Dental Care for the Entire Family



## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE LA INFORMACION DE LA SALUD

### SECCION A: Paciente dando consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### SECCION B: Al Paciente – LEA POR FAVOR LAS DECLARACIONES SIGUIENTES CUIDADOSAMENTE.

**Propósito del consentimiento:** Firmando esta forma, usted da consentimiento para nuestro uso y acceso de su información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades del pago.

**Aviso de las prácticas de aislamiento:** Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de las prácticas de aislamiento, antes que usted decida firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades del pago, y operaciones medicas, de las aplicaciones y de los accesos podemos usar su información de salud, y de otras materias importantes sobre su información. Una copia de nuestro aviso acompaña el consentimiento. Le animamos a que la lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de aislamiento según descrito en nuestro aviso de las prácticas de aislamiento. Si cambiamos nuestras prácticas de aislamiento, publicaremos un aviso revisado de las prácticas de aislamiento, que contendrán los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier de su información de salud que mantengamos. Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de las prácticas de aislamiento, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento contactándose a:

Persona de contacto: Aparna Angadi  
Teléfono: (214)436-4600 Fax: (214)436-4613  
E-mail: [info@centennialfamilydentistryfrisco.com](mailto:info@centennialfamilydentistryfrisco.com)  
Dirección: 6449 Coit Rd. Suite 104, Frisco, TX 75035

**Derecho Revocar:** Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su revocación sometida a la persona del contacto enumerada arriba. Entienda por favor que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que admitiéramos confianza en este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y que podemos declinar tratarle o continuar tratándolo si usted revoca este consentimiento.

Firma

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad completa de leer y de considerar el contenido de esta forma el consentimiento y el aviso de las practicas de la aislamiento. Entiendo que, firmando esta forma, estoy dando mi consentimiento de uso y acceso de mi información protegida de la salud, y realizar el tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado medico.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este consentimiento es firmado por un representante en el favor del paciente, llene lo siguiente:

Nombré del representante: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUES DE SER FIRMADA**  
**Incluya el consentimiento en la cartilla del paciente.**

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO:** Revoco mi consentimiento para su uso y acceso de mi información protegida de la salud para el tratamiento, las actividades del pago, y las operaciones medicas. Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectara ninguna acción que usted admitiera en mi consentimiento antes de que usted recibiera este aviso por escrito de la revocación. También entiendo que usted puede declinar, o continuar tratándome después de que haya revocado mi consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_