



Texas Wisdom Teeth, PLLC
14856 Preston Rd, Suite 104
Dallas, Texas 75254
Office: 972.960.1111
Fax: 972.960.1110
www.texaswisdom.com
Email: care@texaswisdom.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ Apellido: _____
Nombre preferido: _____ Sexo: ___Masculino ___Femenino
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Numero Seguro Social _____
Licencia de conducir#: _____ Correo Electrónico (Email): _____
Dirección: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa/Celular: _____ Teléfono Secundario: _____
¿Quién lo Refirió a nosotros? _____ ¿Cómo supo de nuestra oficina? _____
Quién es su: ¿Dentista General? _____ Teléfono: _____
Quién es su: ¿Medico General? _____ Teléfono: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
Relación al paciente: _____

SEGURO DENTAL

Compañía del seguro: _____ Teléfono del seguro: _____
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SS#: _____ Relación al paciente: Uno mismo Esposo Padre
Nombre de Trabajo: _____ Núm. De Grupo: _____

Al firmar lo siguiente, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. También entiendo que en caso de que tenga que cambiar mi cita sin aviso previo de por lo menos 48 horas, puede aplicarse cargos adicionales.

Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro dental y/o medico a Texas Wisdom Teeth, PLLC por los servicios prestados a mis dependientes o a mi por Texas Wisdom Teeth, PLLC. Entiendo que es mi responsabilidad conocer mis beneficios de seguro y si los servicios que voy a recibir son un beneficio cubierto o no. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier copago y/o saldo debido a Texas Wisdom Teeth, PLLC que mi seguro no pague por cualquier razón.

Firma del paciente o el Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____
Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

HISTORIA DE LA SALUD

A nuestros pacientes: Como su cirujano oral y oficina dental, nuestra preocupación principal es su salud total. Problemas de salud que usted puede tener o las medicaciones usted está tomando pueden desempeñar un papel importante en el cuidado usted recibirá.

Como esta de Salud? Bien Justo Mal

Altura: _____ **Peso:** _____

Historial médico: Por favor anote si tiene o a tenido alguna de las enfermedades:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH/Hep C | <input type="checkbox"/> Enfesima | <input type="checkbox"/> Presión baja |
| <input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad de coyonturas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de ojo/glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Huesos o Coyonturas artificiales | <input type="checkbox"/> Historia de desmayos | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas del Vesícula | _____ obscuridad del orine |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilegales/ilícitas | _____ espasmos del músculo |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Alergias temporales/problemas dé sinusitis | _____ Fiebre inesperada |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón | _____ desorden muscular |
| <input type="checkbox"/> Contusión (Moretes) fácilmente | <input type="checkbox"/> Murmullos del corazón | <input type="checkbox"/> Distrofia/desórdenes musculares |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Dolor y/o tronidos de la quijada |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia o Radioterapia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Dolor del pecho | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones, epilepsia | <input type="checkbox"/> Desorden inmunológico | <input type="checkbox"/> Úlceras del estómago |
| <input type="checkbox"/> Corazón dañado/MVP | <input type="checkbox"/> Latido del Corazón irregular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de Respiración | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón; diálisis | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Azúcar de la sangre-baja | <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales: ADD/ADHD/Retraso Mental/ Síndrome de Down/ Autismo | |

A tenido cualquier otra enfermedad que no está en esta lista? _____

He leído todas las condiciones antedichas y a menos que esté marcado de otra manera, yo indico que no tengo, ni e tenido nunca ninguna de estas condiciones.

Firma del paciente o el Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿Ha tenido problemas usted o alguien en su familia con cirugías anteriores por la anestesia general? | SÍ | NO |
| ¿Tiene familiares que han muerto inesperadamente después de darle anestesia general ¿o de hacer ejercicio? | SÍ | NO |
| ¿Ha estado bajo anestesia general en el ultimo año? | SÍ | NO |
| ¿Ha habido cambios a su salud general en el último año? | SÍ | NO |
| ¿Está usted bajo cuidado de un médico? Fecha de la visita pasada: _____ | SÍ | NO |
| ¿Si le respuesta fue si, para que lo están tratando? _____ | | |
| ¿Ha tenido una cirugía, hospitalizado, o sufrido de una enfermedad en el pasado? | SÍ | NO |
| Por favor describa aquí: _____ | | |
| ¿Tiene áreas de la boca que no sanana, inflamadas, crecimientos, o dolor en o alrededor de la boca? | SÍ | NO |
| Por favor describa aquí: _____ | | |
| ¿Tiene alguna condición por la cual lo vamos atender hoy que sea por una accidente personal o automovilístico? | | |
| ¿Si le respuesta fue si, describalo aquí: _____ | SÍ | NO |

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Facial/cosmético | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> CABG |
| <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> La Amigdalotomía (anginas) | | <input type="checkbox"/> Stent Coronario |
| <input type="checkbox"/> Cuello/Espalda | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

He leído todas las cirugías antedichas y al menos que este marcado de otra manera, yo indico que no he tenido nunca ninguno de estas cirugías.

¿Ha tenido alguna enfermedad seria que no esta indicada aquí? (Porfavor describa): _____

Firma del paciente o el Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

ALERGIAS

¿Es usted alérgico(a) a Penicilina? _____ ¿Cuál es la reacción? _____

¿ Otras alergias?	¿Cuál es la reacción?

FORMA DE VIDA

Ocupación: _____

¿Hace ejercicio? **SÍ NO** Si sí, que tipo: _____ Frecuencia: _____ Horas por semana: _____

¿Uso de tabaco? **SÍ NO** Nunca Actual ¿Anterior, año que lo dejo de usar? _____

Tipo del tabaco: _____ Cuantos por día: _____ Por cuantos años usaba: _____

Cafeína: **SÍ NO** Tipo: _____ Cantidad: _____

Alcohol: **SÍ NO** Cantidad: _____

Para MUJERES Solamente:

¿Cuándo fue el primer día de su ultimo período menstrual? _____

¿Hay una posibilidad que usted puede ser embarazado?..... **SÍ NO**

Si contesto que si, cuando se alivia? _____

¿Esta amamantando? **SÍ NO**

*¿Usted está tomando pastillas anticonceptivas? **SÍ NO**

***** PRECAUCIÓN:** Si le receta un antibiótico, y usted está tomando actualmente pastillas anticonceptivas, recuerde que la el antibiótico recetado puede interferir con la eficacia de sus pastillas anticonceptivas. Y usted podría resultar embarazada.

Por favor hable con su doctor sobre otros métodos de cuidado anticonceptivo.***

Certifico que he leído y entiendo el antedicho. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las investigaciones dispuestas arriba se contestan a mi satisfacción. No llevaré a cabo a mi cirujano, o a ningún otro miembro de su personal, responsable de ningunos errores u omisiones que he hecho en la terminación de esta forma.

Firma del paciente o el Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

SEGURO DENTAL y/o MEDICO

Si tengo seguro dental y/o medico, entiendo que la oficina de Texas Wisdom Teeth, PLLC verifica mis beneficios y someterá los cargos a mi seguro **como cortesía** y que yo soy responsable de pagar la cantidad que se me indico en el plan de tratamiento como mi presupuesto. Todo es solo una estimación de los cargos en mi plan de tratamiento. No podemos garantizar los beneficios que nos proporcione su plan dental or medico. **Su plan de aseguranza es solo un contrato entre usted y la compania de seguro.**

En el examen inicial, le proporcionarán un plan detallado del tratamiento, que le dará un **estimado** de su porción que **se deberá pagar el día que se le proporción el servicio.**

POLÍTICA DEL PAGO

El pago para la visita de hoy y las visitas futuras se deberá pagar el día que se le proporción el servicio.

Se acepta todo tipo de pago:

- Efectivo/ **NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES**
- Tarjetas de crédito: Visa, Mastercard, Discover, American Express
- Care Credit
- Tarjetas de FSA o HSA (con el seguro de su trabajo)

Entiendo que si mi cuenta tiene un balance, es mi responsabilidad y si no se paga en 60 días de mi visita inicial, el balance será mi responsabilidad sin excepción. Si mi balance no es pagado después de 90 días de mi visita inicial, mi cuenta será mandada a una agencia de colecciones y yo seré responsable por cualquier cargo adicional y/o cargos legales.

Políticas adicionales de pago:

- Pacientes menores: Cuentas y pagos de la cuenta de un menor de edad (de padres divorciados), son la responsabilidad del padre quien lo trae a buscar tratamiento. Cualquier orden judicial por divorcio debe ser determinada entre los padres del menor y resuelta antes de traer al menor a la oficina, sin incluir a Texas Wisdom Teeth, PLLC.
- Pacientes sin seguro: pago es debido al tiempo de proveerle servicios, a menos de que se hayan hecho arreglos anteriores de pago. Para su conveniencia, aceptamos pagos en efectivo, cheque cajero, Care Credit, VISA, MasterCard, Discover, y American Express.
- Usted debe proveer su información de contacto mas reciente como su dirección, números de teléfono y correo electrónico.
- Si su compañía de seguro requiere su seguro social para someter reclamos por el tratamiento proveído, usted deberá proveerlo a nuestra oficina. Si usted prefiere no proveer su seguro social, entonces deberá pagar por todos sus servicios al contado al momento de obtener servicios por Texas Wisdom Teeth, PLLC. Requerimos que todos los servicios proveídos sean pagados al momento de su cita. Usted es responsable de cualquier servicio que su seguro no pague o cura por cualquier razón.
- Texas Wisdom Teeth, PLLC tiene personal disponible para cualquier pregunta que usted tenga sobre su cuenta de Lunes a Jueves de 8:00 am – 4:00 pm al llamar al (972) 960-1111.

Yo entiendo que firmando abajo, soy financieramente responsable de todos los cargos (con o sin seguro dental y/o medico). También entiendo que si tengo que cambiar mi cita o no vengo a mi cita reservada sin el aviso adecuado de 48 horas, pueden aplicarse cargos adicionales.

Yo autorizo el pago directamente de mi seguro dental y/o medico a Texas Wisdom Teeth, PLLC por cualquier servicio obtenido por mi o alguien de mi familia. Entiendo que es mi responsabilidad entender mis beneficios dentales y/o médicos dados por mi seguro. También entiendo que debo saber si los servicios que Texas Wisdom Teeth, PLLC me proveerá o a proveído serán cubiertos o no por mi seguro. Entiendo y estoy de acuerdo de que es mi responsabilidad pagar cualquier co-pago o balance debido al momento de que me provea servicios Texas Wisdom Teeth, PLLC.

PARTIDO RESPONSABLE {ESTA PERSONA DEBE ESTAR PRESENTE PARA FIRMAR}

Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

SS#: _____ # de Licencia de Conducir: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa/Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Hoy:** _____

La firma de la persona financieramente responsable: _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

HIPAA (Protección de la Privacidad del Paciente)

En general, la regla del aislamiento de HIPAA da a individuos el derecho de solicitar una restricción en aplicaciones y accesos de su información protegida de la salud (PHI). Proporcionan al individuo también el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de la PHI sea hecha por medios alternativos, tales como enviar correspondencia a la oficina del individuo en vez de su hogar.

Deseo ser contactado de la manera siguiente **(escoja todo el que aplique)**:

- Teléfono** Celular y de Casa: _____
_____ Nos da AUTORIZACION para dejar un mensaje con la información detallada **SÍ NO**
_____ Nos da AUTORIZACION de dejar un mensaje con en su correo de voz con
nuestro numero y nombre solamente **SÍ NO**
- Teléfono** del trabajo: _____
_____ Nos da AUTORIZACION para dejar un mensaje con la información detallada **SÍ NO**
_____ Nos da AUTORIZACION de dejar un mensaje con en su correo de voz con
nuestro numero y nombre solamente **SÍ NO**
- Comunicación escrita**
_____ AUTORIZO que me manden correo a mi dirección de casa? **SÍ NO**
Su Dirección: _____
- _____ AUTORIZO que me manden correo electrónico? **SÍ NO**
Su correo electrónico: _____

Permito que usted dé mi información clínica o que conteste preguntas sobre mi cuenta, tratamiento(s) y/o citas con:

Esposo/a: _____ Padre: _____ Hijo/a: _____

Acompañante: _____ Otro: _____

Nadie: _____

Reconocimiento de la Ley de Protección de la Privacidad del Paciente (HIPAA):

Firmando este documento, reconozco que la información antedicha me fue dada antes de mi cirugía, y que he leído y entiendo la información sobre los derechos y las responsabilidades como paciente, propiedad del médico, los directorios anticipados, y HIPAA. Entiendo las reglas del centro de la cirugía Texas Wisdom Teeth, PLLC. Si he indicado que quisiera la información adicional, reconozco que he recibido esa información.

Firma del paciente o el Tutor Legal: _____ **Fecha** _____