

Bienvenidos a nuestra oficina!

En orden de servirlos apropiadamente, necesitamos la siguiente información de usted.

Toda su información es confidencial. *(Por favor escriba con letra clara)*

Fecha: _____

GENERAL	Nombre: _____ Sexo (M/F) ____ Fecha de nacimiento: _____ (Primer Nombre) (Apellido)
	Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____
	Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____
	No de licencia de Conducir: _____ No de Seguro Social: _____ Referido(a) Por: _____
	Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____
	Persona responsable de la Cuenta (Nombre): _____ (Primer Nombre) (Apellido)
	Parentesco con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No de Seguro Social: _____
	Dirección: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ código postal: _____ Teléfono de Casa : (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

DENTAL HISTORY	Razón Principal De Su Visita: _____
	Cuándo Fue Su Ultima Visita Dental? _____ Ultimo Rayos X dental? _____ Ultima Limpieza Dental? _____
	TIENE O TENIA ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES? – (POR FAVOR MARQUE A TODOS LOS QUE APLIQUE)
	<input type="checkbox"/> Sensibilidad En Los Dientes Frio, Caliente, Dulce o Presión <input type="checkbox"/> Rechinar Los Dientes <input type="checkbox"/> Diente Quebrado o Astillado
	<input type="checkbox"/> Encías que sangran? Desde Cuando? _____ <input type="checkbox"/> Dolor Al De Oído, Hombros o Cuello <input type="checkbox"/> Morderse Las Uñas, o Cachete
	<input type="checkbox"/> Comida Atrapada entre Los Dientes <input type="checkbox"/> Sonido no usual en el oído mientras mastica <input type="checkbox"/> Frecuencia De Lavarse Los dientes _____
	<input type="checkbox"/> Mal Aliento <input type="checkbox"/> Tratamiento De Ortodoncia <input type="checkbox"/> Hilo Dental
	<input type="checkbox"/> Respirar Por La Boca <input type="checkbox"/> Tratamiento De Las Encías <input type="checkbox"/> Aparato De Agua Con Presion
	<input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos, o Puros <input type="checkbox"/> Dentadura Parcial o Completa <input type="checkbox"/> Blanqueamiento Profesional de Dientes
	Esta Satisfecho(a) Con LA apariencia De Sus Dientes? _____ Por Favor Agregue Cualquier Cosa Que usted Sienta Que es Importante: _____

INSURANCE	Tiene Usted Asegurancia Dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre De La Compañía De Asegurancia: _____ Plan: _____
	Nombre Del Asegurado: _____ Parentesco Con El Paciente: _____ No de Seguro Social _____
	Tiene Usted Otra Asegurancia Dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Marca Si Cual Asegurancia: _____ Plan: _____
	Yo Autorizo Cualquier Información Medica/Dental o Personal que sea necesaria para procesar una reclamación dental a mi Asegurancia, y Autorizo pagos y beneficios dentales a Dental Group of Beverly Hills para servicios profesionales. Firma: _____

Autorizo a los empleados de la Oficina dental ejecutar cualquier servicio que llegue a necesitar durante el diagnóstico y Tratamiento con mi informe de consentimiento. He entendido que soy responsable de todos los cargos por el servicio que se me da, incluyendo cualquier balance después de pagos y beneficios dentales de la Asegurancia. Se puede pagar por los servicios al menos un arreglo se han hecho con anticipación. Si cuentas no son pagadas en un periodo de 90 días. Yo seré responsable por cargos legales, cargos de compañías de colección, cargos por intereses y otros gastos. Yo reconozco que he recibido una copia de "Dental Material Fact Sheet as required by law". Yo reconozco que he recibido una copia de "Notice of Privacy Practices".

Firma: _____

Gracias Por Escoger Nuestra Oficina!