

 **Informacion sobre el paciente**

Nombre..... SS #.....  
 Fecha de nacimiento...../...../..... Edad..... Sexo...M.../...F... Estado Civil.....  
 Dirección.....  
 Ciudad..... Estado..... Código Postal.....  
 Teléfono (.....) ..... E-mail.....  
 Teléfono celular (.....) ..... Teléfono laboral (.....) .....  
 Empleador.....  
 Farmacia ..... Teléfono de farmacia (.....) .....  
 ¿Cómo se enteró de nuestra oficina?.....

 **Informacion sobre el Seguro Dental**

Nombre del Seguro Principal..... Teléfono del seguro (.....) .....  
 Numero de póliza..... Nombre del asegurado.....  
 SS# del asegurado..... Relación con el paciente..... Fecha de nacimiento ...../...../.....  
 Dirección del asegurado.....  
 Ciudad..... Estado..... Código Postal.....  
 Teléfono del asegurado (.....) ..... E-mail.....  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del Seguro Secundario..... Teléfono del seguro (.....) .....  
 Numero de póliza..... Nombre del asegurado.....  
 SS# del asegurado..... Relación con el paciente..... Fecha de nacimiento ...../...../.....  
 Dirección del asegurado.....  
 Ciudad..... Estado..... Código Postal.....  
 Teléfono del asegurado (.....) ..... E-mail.....

 **En caso de emergencia contactar a**

Nombre..... Relación..... Teléfono (.....) .....  
 Nombre..... Relación..... Teléfono (.....) .....

**Debe estar preparado en abonar los servicios cuando se realizan, al menos de que haya acordado una forma de pago antes de completar los servicios. Para ayudarle, aceptamos Visa, MasterCard, tarjetas de Débito, o efectivo. NO aceptamos cheques personales. También ofrecemos planes de pago extendidos por medio de Care Credit y Lending Club.**

**Si tiene seguro dental, aceptaremos los beneficios asignados por su aseguranza. Pero debe entender que usted será responsable por cualquier deducible o porciones no cubiertas por su seguro a la hora de realizar los servicios Y por los pagos no efectuados por su seguro después de 60 días.**

**\*He respondido al anterior cuestionario correctamente y doy permiso para que los beneficios de mi seguro dental sean abonados a Sandra Vargas D.M.D, P.C.**

**Firma del responsable de la cuenta:** .....

## Historia Medica

Nombre del Doctor Familiar..... Teléfono (.....) ..... Última visita.....

¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?.....Y N

En caso positivo, por favor explique.....

¿Ha tenido alguna enfermedad seria u operación?.....Y N

En caso positivo, por favor explique (incluya fechas).....

¿Tiene o a tenido prótesis? (reemplazo de la articulación o implantes).....Y N

### ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones o enfermedades?

|                                             |   |   |                                           |   |   |
|---------------------------------------------|---|---|-------------------------------------------|---|---|
| Fiebre Reumática.....                       | Y | N | Infección en los riñones.....             | Y | N |
| Defecto congénito del Corazón.....          | Y | N | Cirugía en los riñones.....               | Y | N |
| Angina o ataque cardíaco (infarto).....     | Y | N | Hepatitis.....                            | Y | N |
| Soplo cardíaco.....                         | Y | N | HIV Positivo.....                         | Y | N |
| Insuficiencia cardíaca.....                 | Y | N | Enfermedad venérea (últimos 10 anos)..... | Y | N |
| Cirugía cardíaca o marcapasos.....          | Y | N | Tuberculosis.....                         | Y | N |
| Presión Alta de la sangre.....              | Y | N | Desmayos frecuentes.....                  | Y | N |
| Presión Baja de la sangra.....              | Y | N | Enfermedad del hígado.....                | Y | N |
| Apoplejía.....                              | Y | N | Artritis.....                             | Y | N |
| Asma o Bronquitis.....                      | Y | N | Úlceras.....                              | Y | N |
| Enfisema.....                               | Y | N | Glaucoma.....                             | Y | N |
| Fiebre del heno (alergias) o Sinusitis..... | Y | N | Cáncer.....                               | Y | N |
| Diabetes.....                               | Y | N | Radioterapia (para Cáncer).....           | Y | N |
| Hipertiroidismo.....                        | Y | N | Epilepsia.....                            | Y | N |
| Hipotiroidismo.....                         | Y | N | ¿Fuma tabaco?.....                        | Y | N |
| Anemia.....                                 | Y | N | ¿Consume otra forma de tabaco?.....       | Y | N |
| ¿Sangra mucho cuando se corta?.....         | Y | N |                                           |   |   |

### ¿Tiene alergia o reacción a las siguientes medicinas?

|                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| Alergia al Látex.....            | Y | N |
| Anestesia local.....             | Y | N |
| Penicilina.....                  | Y | N |
| Otros Antibióticos.....          | Y | N |
| Codeína.....                     | Y | N |
| Otra medicina para el dolor..... | Y | N |
| Aspirina.....                    | Y | N |
| Barbitúricos o Sedantes.....     | Y | N |
| Otras medicinas.....             | Y | N |

En caso positivo, ¿cuáles?.....

Mujeres solamente, ¿está embarazada?.....Y N

Fecha estimada del parto.....

### ¿Está tomando alguna de las siguientes medicinas?

|                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| Antibióticos.....                  | Y | N |
| Anticoagulante.....                | Y | N |
| Esteroides o Cortisona.....        | Y | N |
| Medicina para la presión alta..... | Y | N |
| Calmantes.....                     | Y | N |
| Aspirina.....                      | Y | N |

Por favor anote todas las medicinas recetadas que está tomando.....

## Historia Dental

Dentista anterior..... Última visita dental..... Fecha de última radiografía completa.....

|                                                                                     |   |   |                                         |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------|---|---|
| ¿Tiene dentaduras o dentaduras parciales?.....                                      | Y | N | ¿Ha tenido alguna vez dificultad con    |   |   |
| ¿Tiene coronas o puentes?.....                                                      | Y | N | algún trabajo dental o extracción?..... | Y | N |
| ¿Ha tenido alguna vez aparatos de ortodoncia?.....                                  | Y | N | ¿Ha tenido alguna vez cirugía de        |   |   |
| ¿Ha tenido alguna vez cirugía en las encías?.....                                   | Y | N | implantes dentales?.....                | Y | N |
| ¿Necesita estar pre-medicado (tomar antibióticos) antes de sus citas dentales?..... | Y | N |                                         |   |   |

Patient's Signature: ..... Doctor's Signature: .....



# Su Sonrisa

Un estudio realizado por la Academia Americana De Odontología revelo que el **92%** de los encuestados afirman que una sonrisa atractiva es muy importante en el ámbito social, mientras que **74%** de los encuestados creen que una sonrisa sin atractivo puede afectar las posibilidades de éxito profesional. Nuestra oficina está dispuesta a mejorar cualquier detalle de su sonrisa, desde el más pequeño, hasta los tratamientos más extensos.

**1. Evalúe Su sonrisa de 1-10, siendo 10 la perfecta sonrisa:**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**AYUDA! ----- PERFECTA!**

**2. Si usted siente que su sonrisa no es perfecta, en que aspectos le afecta esta situación?**

- ☐ Yo no sonrío constantemente.
- ☐ Yo sonrío menos de lo que quisiera.
- ☐ Yo sonrío demasiado aunque mi sonrisa no es perfecta.
- ☐ Mi sonrisa no es perfecta y esto afecta my autoestima.
- ☐ Mi sonrisa no es perfecta pero no me molesta.
- ☐ Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

**3. Esta usted preocupado por lo que las otras personas piensen de su sonrisa?**

- ☐ Sí, Siempre me preocupa lo que piensen las personas sobre mi sonrisa.
- ☐ Sí, Algunas veces me preocupa lo que piensen las personas sobre mi sonrisa.
- ☐ Sí, mi sonrisa necesita algunas mejoras, pero rara vez me preocupa lo que piensen las personas de mi sonrisa.
- ☐ No, esto no me preocupa.

**4. De que maneras piensa usted que una sonrisa perfecta mejoraría su estilo de vida?**

- ☐ Sonreiría más seguido
- ☐ Me sentiría mejor conmigo mismo
- ☐ Tendría más confianza en mí mismo con mis amistades, familia y en mi trabajo.
- ☐ Mi salud oral se mejoraría y seria más fácil de mantener
- ☐ Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

**5. De qué manera le gustaría mejorar su sonrisa?**

- ☐ Me gustaría que mis dientes fueran más blancos
- ☐ Me gustaría cerrar los espacios entre los dientes.
- ☐ Me gustaría reparar los dientes rotos o fracturados.
- ☐ Me gustaría reemplazar los espacios creados por dientes perdidos o extraídos durante el tiempo.
- ☐ Me gustaría enderezar mis dientes.
- ☐ Me gustaría mejorar mi rutina de salud oral.

**6. Tiene alguna molestia o dolor en su boca? Por favor explique**

---

---

---



**North Atlanta  
FAMILY DENTISTRY**

Sandra L. Vargas, DMD  
678-474-4917 Duluth  
770-781-0888 Cumming

## **FINANCIAL POLICY**

Dental treatment is an excellent investment in your medical and psychological well being.

Financial considerations should not be an obstacle to obtaining healthcare. If your insurance company rejects a claim and refuses to pay for treatment, it is not a reflection of how important the treatment is to your health.

Please note our agreement is solely with you, NOT your insurance company. If your insurance company refuses to pay or pays less than estimated you are responsible to pay the remaining balance. You must remember that dental insurance is designed to offset the cost of your dental treatment. You are responsible for the cost of your treatment and any insurance reimbursement conflicts. Our staff will help you to the best of our ability to obtain your maximum benefits and provide estimates, but we strongly advise you, as our patient, to familiarize yourself with your dental coverage and your benefits. ***Ultimately, you are responsible for the understanding and awareness of the usage and availability, your benefits and provider network participation.***

We provide the following payment options, being sensitive to the fact that each patient has different needs in fulfilling his/her financial obligations: we accept Cash, Visa, MasterCard, Discover, and American Express. ***Please note: we do not accept personal checks.***

1. We offer extended payment plans through Care Credit and Lending Club.
2. Please note that payment is due at the time of service.
3. In Workman's Comp cases we will work directly with your employer and workman comp insurance provider.

To avoid increased fees to all patients, any account balance over 60 days will be assessed a Late fee of \$25.00. Accounts over 90 days past due will be transferred to a collection agency for credit notification and debt collection. Accounts transferred to collections will be assessed any court fees and additional collection costs.

**Please note:** Our office has a 48 hour cancellation policy. Your appointment is time reserved especially for you to provide you with outstanding care for your dental needs. We strive to provide you with a courtesy reminder via e-mail, text or a phone call; however, it is ultimately your responsibility to remember your dental appointment. Please take note that there is a \$25.00 fee for appointments cancelled with less than 48 hours notice. Any appointments missed on Saturdays will incur a \$50 fee. If a patient has a history of Saturday missed appointments a deposit will be required to make a new Saturday appointment.

**PATIENT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



### **HIPAA Notification**

This signing recognizes that I have read and understand the privacy policies regarding HIPAA. The HIPAA notice discusses the legal policies stating that our practice must not disclose any of our patient's health/medical information to any other party unless written authorization is received from that patient alone. If required by law, to report abuse, or for public health related injuries or illnesses, we may disclose your health/medical information.

Appointments will be confirmed over the phone, text message, e-mail, or in person in which case we may disclose your health/medical information to provide you with the proper information regarding your upcoming visit. Please note that before releasing any health/medical, and or financial information to a family member, friend, or other individual for your health care benefit, a signed and authorized form must be filled and signed by the patient themselves.

**Please Sign**

Con esta firma usted reconoce haber leído y entendido el aviso de las practicas de privacidad que se refieren a HIPAA (acto de la portabilidad y de la responsabilidad de su seguro medico de 1996).La preocupación esencial de HIPAA es proteger el uso y la divulgación de la información medica y registros administrativos de los pacientes, a menos que sea solicitado por algún paciente en particular. En situaciones específicas como casos de emergencia, abuso o enfermedad su información podría ser divulgada si es requerido por la ley.

Su citas serán confirmadas por teléfono, mensajes de texto, correo electrónico, o en persona. En este caso divulgaríamos su información con el propósito de recordarle su próxima visita. Antes de proporcionar cualquier información médica o financiera a cualquier miembro de su familia, amigo u otro individuo para su cuidado médico necesitaríamos su autorización firmada.

**Firma**