

### Información del paciente

Fecha \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Estudiante

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, indique el nombre de los padres o del tutor \_\_\_\_\_

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Domicilio completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**¿Cómo conoció nuestro consultorio?**  Paciente \_\_\_\_\_

Páginas amarillas  Ubicación  Money Mailers  1-800 Dentist  Periódico  Otro \_\_\_\_\_

### Información del responsable

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Domicilio anterior (si tiene menos de 3 años en el domicilio actual) \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años de antigüedad en el empleo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### Información del cónyuge

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años de antigüedad en el empleo \_\_\_\_\_

Domicilio completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Información del seguro odontológico

Seguro odontológico primario	Seguro odontológico secundario
Nombre del asegurado _____	Nombre del asegurado _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Teléfono _____	Teléfono _____
N.º de Seguro Social _____	N.º de Seguro Social _____
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
Domicilio de la cía. de seguros _____	Domicilio de la cía. de seguros _____
_____	_____
Teléfono _____	Teléfono _____
Empleador del asegurado _____	Empleador del asegurado _____

### Información bucodental

¿Le sangran las encías cuando se cepilla?  Sí  No    ¿Tiene sensibilidad dental al frío o al calor?  Sí  No

¿Tiene sensibilidad dental a la presión?  Sí  No    ¿Le tiene miedo al dentista?  Sí  No

¿Rechina o aprieta los dientes?  Sí  No    ¿Alguna vez se ha blanqueado los dientes?  Sí  No

¿Qué opina del aspecto de sus dientes?  ¿Le gustan mucho?  ¿Los acepta?  ¿Desea cambiarlos?

¿Qué opina de su sonrisa?  ¿Le gusta mucho?  ¿La acepta?  ¿Desea cambiarla?

Fecha del último chequeo \_\_\_\_\_ ¿Qué se le hizo en esa ocasión? \_\_\_\_\_

¿Desea que utilicemos protóxido de nitrógeno (gas hilarante)? .....  Sí  No

COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL REVERSO





## AUTORIZACIÓN PARA PROSEGUIR

Autorizo a los médicos de Aloha Dental, sus asociados o asistentes designados a realizar los procedimientos que consideren necesarios o convenientes para mi salud bucodental o la de cualquier menor o persona a mi cargo. Esto incluye preparar o administrar cualquier tipo de sedante (incluso protóxido de nitrógeno [gas hilarante]), analgésico o medicamentos, incluso aquellos asociados a tratamientos quirúrgicos, terapéuticos, paliativos o reconstituyentes.

Comprendo que la administración de anestesia local puede causar reacciones adversas o efectos secundarios que pueden incluir, sin limitación, lo siguiente: roces, hematomas, estimulación cardíaca y entumecimiento temporario o, muy raras veces, permanente. Comprendo que a veces las agujas se quiebran y es posible que deban extraerse mediante una cirugía.

Comprendo que, como parte del tratamiento odontológico que incluye procedimientos preventivos tales como limpieza y odontología básica como empastes de todo tipo, los dientes pueden quedar sensibles o incluso doler durante el tratamiento y después de la finalización de este. Después de una consulta prolongada, también los músculos de los maxilares pueden doler. Las encías y los tejidos circundantes también pueden presentar sensibilidad o dolor durante el tratamiento o después de él. Aunque con muy poca frecuencia, también es posible que la lengua, las mejillas o el tejido bucal se lastime y se raspe de forma involuntaria durante las intervenciones odontológicas. En algunos casos, pueden requerirse suturas o algún tratamiento adicional.

Comprendo que, como parte del tratamiento odontológico, es posible que se aspiren (se inhalen dentro del sistema respiratorio) elementos que incluyen, sin limitación, coronas, instrumental odontológico pequeño, componentes del taladro, etc. Esta situación inusual puede requerir diversas radiografías y, en raras ocasiones, una broncoscopia u otros procedimientos para garantizar una extracción segura.

Comprendo la necesidad de informarle al odontólogo sobre todo medicamento que estoy tomando y haya tomado en el pasado, tal como fentermina y fenfluramina (Phen-fen). Comprendo que tomar la clase de medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis puede provocar la falta de cicatrización de los maxilares después de la cirugía maxilofacial.

Asumo voluntariamente todos los riesgos posibles, incluso el riesgo de lesiones graves y sustanciales, si las hubiera, que pudieran relacionarse con tratamientos preventivos y quirúrgicos destinados a obtener los resultados potenciales deseados, los cuales pueden alcanzarse o no por mi bien o el bien del menor o la persona a mi cargo. Reconozco que se me han explicado la naturaleza y el objeto del procedimiento mencionado de ser necesario y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del paciente:

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(paciente, tutor o representante autorizado del paciente)

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

## CONDICIONES DE PAGO Y PÓLIZA DE SEGURO

Gracias por elegirnos como proveedor de atención odontológica. Estamos a su servicio y nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible. El pago vence en el momento del tratamiento. Para que su atención odontológica sea económicamente cómoda, le ofrecemos las siguientes opciones de pago: Marque las opciones que le sean más convenientes.

- **Descuento por pago total:**  
Se aplicará un descuento del 5% de la obligación total del paciente y si ésta **se paga en su totalidad.**
- **Financiación externa:**  
Nuestro consultorio utiliza los servicios de Unicorn Financial para que los pacientes financien la atención odontológica. Se ofrecen opciones de financiación en 6 a 24 meses sin interés según el monto financiado.
- **Descuento para personas sin seguro odontológico (25% con el plan de Aloha Dental).**  
Los pacientes sin seguro odontológico recibirán un 25% cuando se afilien al plan de Aloha Dental (consulte para obtener más detalles). Esta oferta no puede combinarse con el "descuento por pago total" descrito anteriormente.

Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover, American Express, giros bancarios, cheques personales

### SEGURO

Es un placer ayudarlo para que maximice sus beneficios de seguro llenando sus formularios de reclamo. Al momento de la prestación del servicio, le solicitaremos que pague su copago **estimado**. Este es solo un **estimado** y se basa en la información con la que contamos.

La cobertura del beneficio del seguro depende exclusivamente de lo que su empleador desee adquirir. Algunos planes cubren solo el 30% o hasta el 100% de los servicios odontológicos y la mayoría cubre del 40% al 80%. El monto de los beneficios de algunos planes se basa en una tabla de honorarios creada en forma arbitraria por las compañías de seguros. Por esta razón, es posible que reciba un porcentaje menor al nivel de reintegro indicado en su plan odontológico. Por ejemplo, si su plan indica que pagará el 80% del costo de un tratamiento determinado, se refiere al 80% de los honorarios estipulados arbitrariamente por la compañía de seguros y no los honorarios reales que se cobran en nuestro consultorio.

**La obligación de pago por los tratamientos odontológicos es entre usted y nuestro consultorio. La compañía de seguros es responsable ante usted, no ante nuestro consultorio.** Lo ayudaremos en lo que podamos. Todos los montos adeudados después de que su compañía de seguros haya pagado serán adeudados por usted cuando reciba nuestro estado de cuenta. Si, por algún motivo, no recibiéramos el pago de su seguro dentro de los 90 días después de la presentación del reclamo, usted deberá pagar el saldo con un interés anual del 21%. Si la cuenta se enviara a un abogado o a una compañía de cobranzas, pagaré todos los costos de cobranza, incluso hasta un 40% de comisión de cobranza, todos los cargos judiciales y los honorarios razonables de abogados. Autorizo a que la siguiente firma se considere firma registrada para todos los reclamos de seguros o los pagos de teléfono, correo y tarjetas de crédito.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre, madre o responsable \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

***NOS COMPLACE SERVIRLE***

## AUTORIZACIÓN DE REGISTRO DE FIRMA

Yo, \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_  
nombre del paciente (en caso de menores, padre, madre o tutor) nombre del asegurado

por la presente autorizo a **Aloha Dental** a consignar mi nombre en todo reclamo o documento relacionado con los beneficios de salud de los que yo y mis familiares a cargo gozamos debido a mi relación laboral con \_\_\_\_\_ (empleador del asegurado)

Por la presente autorizo el pago de los beneficios odontológicos que de otra manera se me hubieran pagado a mí, directamente al consultorio antes mencionado. Acepto responsabilizarme de todos los cargos de los servicios y los materiales odontológicos que no pague mi plan de beneficios odontológicos. En la medida en que lo permita la ley aplicable, autorizo la divulgación de toda información relacionada con el reclamo. La presente autorización entrará en vigencia el día de la fecha y vencerá en un año. La fotocopia del presente documento puede considerarse original.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha actual \_\_\_\_\_

Vencimiento Fecha \_\_\_\_\_



ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DEL CONSULTORIO

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de la política de privacidad del consultorio.

\_\_\_\_\_

Nombre (en letra imprenta)

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

Firma



## Polisa de cancelacion y no presentasion

Por la cantidad de pacientes que esperan por su tratamiento, Aloha Dental esta ahora implementando un cargo por no presentarse o cancelacion. (por cancelar su cita en un periodo de 24 horas)

Los cargos se reparten en dos categorias diferentes:

1. Citas con el Doctor y Limpieza- \$25.00
2. Cita con el especialista- \$100.00

Estos cargos seran puestos en su cuenta si usted cancela su cita en un periodo de 24 horas o no se presenta a la cita.

Al firmar esto, Yo entiendo la polisa de cancelacion y no presentasion de Aloha Dental y me han contestado todas las preguntas con satisfaccion.

---

Firma de el paciente/guardian

---

Fecha