



Alfredo Vico D.D.S.

Información del Paciente

Fecha _____ Teléfono Casa () _____ Celular () _____ Trabajo () _____
Nombre del paciente _____ SSN _____
Dirección _____ Email _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Empleador _____ Ocupación _____
Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono() _____
Donde escucho de nosotros? _____
Prefiere llamada o texto para la confirmación de las citas? _____

Aseguranza Dental

Abonado _____ Relación _____
Dirección de abonado _____ Telefono () _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Empleador _____ Teléfono () _____ Ocupación _____
Empresa de aseguranza _____ Teléfono () _____
Subscriber ID _____ Group ID _____ SSN _____
Personas aseguradas _____

Certifico que yo, y/o mis dependiente(s), tengo cobertura de seguro con la compañía mencionada anteriormente y asigno directamente al dentista, Dr. Alfredo Vico, todos los beneficios de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no son pagados por mi seguro. Entiendo que los copagos son una obligación contractual establecida por la póliza de seguro y se vencen en su totalidad al momento del tratamiento. Autorizo el uso de mi firma y cualquiera de mis otros datos en todas las presentaciones de seguros.

Escribe el nombre _____ **Firma** _____ Fecha _____

Historial Dental

Motivo de la visita de hoy _____

Fecha de la última atención dental _____ Fecha de la última radiografía dental _____

1. ¿Está experimentando actualmente dolor o malestar dental? Si no
2. ¿Sangran tus encías? Si no
3. ¿Están tus dientes flojos? Si no
4. ¿Usas prótesis dentales o parciales? Si no
5. ¿Alguna vez te han dicho que tienes una enfermedad de las encías? Si no
6. ¿Son tus dientes sensibles al calor, al frío, a los dulces oa la presión? Si no
7. ¿Alguna vez ha tenido algún chasquido, chasquido o molestia en la mandíbula? Si no
8. ¿Te cepillas o rechazas los dientes? Si no
9. ¿Llevas un protector oclusal? Si no
10. ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos) antes? Si no
11. ¿Tienes boca seca? Si no
12. ¿Se enreda la comida o el hilo dental entre los dientes? Si no
13. ¿Ha tenido algún problema o una experiencia dental perturbadora asociada con la atención dental previa? Si no
14. ¿Tiene miedo de la odontología o tiene ansiedad asociada con el tratamiento dental? Si no
15. ¿Utiliza algún producto dental para el hogar que no sea pasta de dientes, hilo dental o enjuague bucal? Si no
16. ¿Alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia utilizada con su tratamiento dental? Si no
17. ¿Eres feliz con tu sonrisa? Si no
18. ¿Qué cambiarías sobre la condición actual de tu boca? _____

Historial Médica

Marque con un círculo la respuesta correcta:

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

Ha notado:

- | | |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

Tiene o ha tenido:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿A asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venéreas? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No ¿Herpes? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, látex? _____ | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Sí No ¿Diabetes? |

Tiene o ha tenido:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

Está tomando:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |
- Liste por favor: _____

Sólo para mujeres:

65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

Para todos los pacientes:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____

Fecha _____



Alfredo Brest Vico, D.D.S., CO
2940 E. Thousand Oaks Blvd, Ste D
Thousand Oaks, CA 91362
info@vicodental.com
p (805)409-9009 f (805)371-4163

Consentimiento general

Yo, _____, doy mi consentimiento de ser paciente de la Clínica Alfredo Brest Vico, D.D.S., y estoy de acuerdo a que se me realice un exámen clínico y radiográfico. También comprendo y acepto lo siguiente:

1. Durante mi tratamiento, es posible someterme a procedimientos en todas las fases de odontología incluyendo periodoncia (tratamiento de encías y cirugía), cirugía oral, endodoncia (tratamiento de nervio), prótesis fijas y removibles (coronas, puentes y dentaduras), implantes, odontología restaurativa, tratamiento del trastorno temporomandibular, tratamiento de apnea del sueño, patología oral, odontología pediátrica y radiográfica.
2. Proveeré con detalle mi historia médica, incluyendo una lista de mis medicamentos con sus respectivas dosis, y autorizo a mi dentista a comunicarse con mi médico de cabecera en caso que necesite consultar cualquier aspecto de mi historia médica.
3. No se garantizan los pronósticos o resultados del tratamiento, ya que la Odontología, al igual que otras ramas de la medicina, no es una ciencia exacta y puede implicar resultados imprevistos.
4. Voy a pagar en su totalidad cualquier costo del tratamiento o co-pago de mi seguro dental de acuerdo con la política financiera de la Oficina. Entiendo que incluso si se da un pre-estimado, me hago responsable de cualquier costo que mi seguro no cubra.
5. Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento y haré mi mejor esfuerzo por mantener una actitud positiva y abrir la comunicación con mi dentista, higienista y el personal de la oficina dental Mil Robles.
6. Estoy dispuesto a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de mi cuidado dental y pediré información en caso de que tenga alguna duda o preocupación. Al mismo tiempo soy responsable de comunicar cualquier duda e inquietud de mi tratamiento en caso que no este seguro del mismo.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Política de pago

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado dental. Por favor revise cuidadosamente nuestras políticas de pago y si usted tiene alguna pregunta por favor déjenos saber.

Seguro: Entendemos que hay confusión cuando se trata de beneficios de seguro dental. Estamos dispuestos de ayudarle a comprender los beneficios que ofrece su política. Estamos felices de presentar una reclamación a su compañía de seguros como una cortesía a usted, pero no somos capaces de garantizar el pago. Haremos nuestro mejor esfuerzo para estimar lo que su seguro pagará en la asistencia con los costos de tratamiento, así como cuál será su porción. Sin embargo, usted es responsable del financiamiento de su tratamiento.

Beneficios de seguros no están determinados por nuestra oficina. Pacientes sin seguro paga el 100% de todos los procedimientos. El seguro dental está destinado a ser una ayuda en la reducción del costo de la atención dental. **Muchos pacientes piensan que su seguro paga por todo, o la mayoría, de los honorarios dentales. Desafortunadamente, la mayoría de los planes sólo pagan entre 50 a 80 % de la cuota total promedio para cada procedimiento.** Además, la mayoría de los planes de seguro no va a pagar más de \$ 1500 o \$ 2000 en beneficios anuales. El tratamiento dental puede a menudo superar con creces esta cantidad. El porcentaje pagado es generalmente determinado por la cantidad de usted o su empleador ha pagado por la cobertura o el tipo de contrato de su empleador ha establecido con la compañía de seguros.

Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si usted tiene una seguridad que no estamos contractados con, usted sería responsable de pagar en total por su tratamiento. Si tiene una seguridad en que participamos, pero no tiene una tarjeta de la aseguradora y actualizada, se requiere el pago total por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener acerca de su cobertura.

- 1. Copago y deducibles:** Con el fin de recibir los beneficios de su compañía de seguros, que están obligados a pagar su copago, co-seguro y / o deducible. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. **El fracaso de nuestra parte por cobrar copagos y deducibles de los pacientes se considera fraude. Según la Asociación Dental Americana, si el paciente no paga su co-pagos de seguros se considera sobrefacturación ilegal y fraudulenta. Incluso su seguro puede negarse a pagar.** Con eso en mente los co-pagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio.
- 2. Los servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos - y tal vez toda - de los servicios que reciba puede ser no cubierto o no considerado razonable o necesario por las aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de la visita.
- 3. Prueba de seguro:** Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si usted no puede proporcionarnos la información de seguro correcta en el momento oportuno, usted puede ser responsable por el saldo de una reclamación.
- 4. Presentación de Reclamaciones:** Vamos a presentar sus reclamos y le ayudaríamos en todo lo que razonablemente podemos para ayudar a conseguir sus siniestros pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con su petición. Tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros no paga su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato.
- 5. Cambios de cobertura:** Si cambia de seguros, por favor notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios al máximo. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, la balanza automáticamente se le cobrará a usted.

Falta de Pago: Si su cuenta es más de 90 días atrasado, recibirá una carta indicando que usted tiene 20 días para pagar su cuenta total. No se aceptarán pagos parciales a menos que se ponga en acuerdo con nosotros. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, podemos referir su cuenta a una agencia de cobro y usted y sus miembros de la familia inmediata puede ser descargada de esta práctica. Si esto va a ocurrir, se le notificará por correo regular y certificado que usted tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico sólo será capaz de tratar con carácter de emergencia.

Refunds: Entiendo que si elijo suspender el tratamiento o cambiar mi plan de tratamiento en cualquier momento, perderé los descuentos dados y los precios habituales se reflejarán en el saldo adeudado y cualquier reembolso se determinará luego de la revisión de mi caso.

Citas Pérdidas: Nuestra política es cobrar por citas perdidas no cancelados en un plazo razonable de tiempo. Estos cargos serán su responsabilidad y facturado directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor al mantener su cita programada.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra zona. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques personales con una identificación válida, y la mayoría de las tarjetas de crédito. También ofrecemos financiamiento a través de Care Credit.

Gracias por la comprensión de nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y estoy de acuerdo con sus directrices:

Firma del Paciente

Fecha

Cancelación y Política de No Asistir

Nuestro objetivo es proporcionar atención dental individualizada de calidad de manera oportuna. Las cancelaciones tardías y las No Shows (incluyendo llegar más de 20 minutos tarde) crean inconvenientes y evitan la programación de otros pacientes que necesitan acceder a la atención dental de manera oportuna. Entendemos que surgen situaciones en las que es posible que deba cancelar su cita y agradecemos que nos avise con anticipación cuando esto suceda. Esto nos ayuda a ser respetuosos con las necesidades de otros pacientes y nos permite dar la cita a otro paciente.

Citas

Llame a nuestra oficina antes del mediodía del día hábil (de lunes a viernes) antes de su cita programada para notificarnos si necesita reprogramar o cancelar la hora reservada para usted. Las citas reprogramadas o canceladas sin previo aviso estarán sujetas a un cargo por cancelación tardía de \$ 50. Esta tarifa no se someterá al seguro. Es su responsabilidad y debe pagarse en su totalidad antes de programar su próxima cita.

Depósitos

Es posible que se requieran depósitos antes de reprogramar una nueva fecha y hora. Este depósito se aplica al costo del procedimiento o su visita. Si el depósito no es necesario para cubrir el costo y usted cumple con su cita, recibirá un reembolso. Si no cumple con la cita, no se dará ningún reembolso. Los pacientes que se reprograman varias veces pueden ver limitaciones para acceder a citas futuras.

No Asistir

Los pacientes que no se presentan a su cita sin una llamada para cancelar se consideran No Show y estarán sujetos a una tarifa de \$ 75 No Show. Esta tarifa no se someterá al seguro. Es su responsabilidad y debe pagarse en su totalidad antes de programar su próxima cita. Los pacientes que no se presentan tres (3) veces pueden ver limitaciones para acceder a citas futuras.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Renuncia y Consentimiento de Fotografía

Yo, _____ por la presente autorizo y consiento el uso de fotografías, grabaciones de video y radiografías de mí tomadas por el Dr. Alfredo Brest Vico. También otorgo permiso para reproducir, imprimir, publicar y / o distribuir estas imágenes para su uso en artículos, conferencias o anuncios para promover la odontología cosmética. Entiendo que algunas de estas imágenes pueden ser utilizadas por laboratorios para la fabricación de coronas, carillas, puentes o dentaduras postizas, y estas imágenes se convertirán en parte de mi registro dental. No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas imágenes.

Por favor inicial:

_____ Doy mi consentimiento para el uso de mis fotografías y / o cintas de video para artículos, conferencias, mercadotecnia, publicidad y uso de laboratorio.

_____ Doy mi consentimiento para el uso de mis fotografías y / o video SOLAMENTE para uso de laboratorio.

_____ Doy mi consentimiento para el uso de fotografías y / o videos, EXCEPTO aquellos que muestren el rostro completo o identifiquen vistas

_____ NO doy mi consentimiento para el uso de mis fotografías o videos.

Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios. Finalmente, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una carta a mi proveedor de atención dental que indique mi revocación y la fecha de vigencia, excepto en la medida en que se haya tomado una medida en dependencia de esta autorización. A menos que sea revocado por mí, esta autorización vence 10 años después de la fecha en que firmo a continuación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Puede negarse a firmar este acuse de recibo.

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Materiales Dentales

Puede negarse a firmar este acuse de recibo.

Yo, _____, he recibido una copia del Información de Materiales Dentales del Dental Board de California.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____