NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____ CHA _____

Razón principal por esta cita dental: ☐ Examen ☐ Emergencia ☐ Consulta

Marque un círculo

¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No
¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No
¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de encías? _____ Sí No
¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No
¿A veces le sangran la encías? Explique. _____ Sí No
¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
¿Se le atora la comida entre los dientes? Dientes sueltos? _____ Sí No
¿Quiere usted guardar la dentadura que la queda? _____ Sí No
¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No
¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No
¿Fuma o mastica el tabaco?¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No
Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____
Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas or panorámica). _____

Historia Médica

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué?¿Quién? _____ Tel _____ Sí No
¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____ Sí No
¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____ Sí No
¿Está tomando medicamentos, píldoras o rogas? ¿Cuáles? _____ ¿Ha tomado fen-phen? _____ Sí No
¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. _____ Sí No
¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indiqua abajo. _____ Sí No

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico ☐ Metal ☐ Hule látex ☐ Otro _____

MUJERES (Favor de indicar): ☐ Embarazada/tratando de concebir ☐ Lactando ☐ Tomando contraceptivos orales.

Explique _____ Sí No

*Si usted contesta "sí" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita ... tal vez se requiere medicamento previo.

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Enfermedad cardíaca	☐	☐	Moretones salen con facilidad	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Ictericia amarilla	☐	☐	Llagas en la boca	☐	☐
Susurro de corazón *	☐	☐	Anemia	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐	Problemos con los riñones	☐	☐	Llaga alrededor de la boca	☐	☐
Palpitación irregular	☐	☐	Desangramiento excesivo	☐	☐	Cáncer	☐	☐	Diálisis renal	☐	☐	Herpes	☐	☐
Angina de pecho	☐	☐	Anemia de células falciformes	☐	☐	Radiación (Rayos X)	☐	☐	Enfermedad de los tiroides	☐	☐	Embolia	☐	☐
Ataque cardíaco	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Quimoterapia	☐	☐	Enfermedad paratirodea	☐	☐	Convulsiones	☐	☐
Desorden cardíaco congential	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Enfermedad estomacal	☐	☐	Artritis o gota	☐	☐	Epilepsia	☐	☐
Prolapso válvula mitral *	☐	☐	Transfusión de sangre reciente	☐	☐	Úlceras	☐	☐	Reumas	☐	☐	Desmayos o vértigo	☐	☐
Escarlatina	☐	☐	Hinchamiento de extremidades	☐	☐	Reciente pérdida de peso	☐	☐	Dolor coyuntura mandíbula	☐	☐	Glaucoma	☐	☐
Fiebre reumática *	☐	☐	Enfermedad pulmonar	☐	☐	Diarrea frecuente	☐	☐	Medicamento cortisona	☐	☐	Tumores	☐	☐
Válvula artificial cardíaca *	☐	☐	Problemas con respirar	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Coyuntura artificial *	☐	☐	Nerviosidad	☐	☐
Marcapasos cardíaco *	☐	☐	Respiración corta	☐	☐	Sed excesiva	☐	☐	Enfermedad venerea	☐	☐	Bajo cuidado de psiquiatra	☐	☐
Cirugía al corazón *	☐	☐	Tos frecuente	☐	☐	Hipoglicemia	☐	☐	SIDA	☐	☐	Enfermedad Alzheimer	☐	☐
Alta presión sanguínea	☐	☐	Alergia al polen	☐	☐	Enfermedad del hígado	☐	☐	VIH positivo	☐	☐	Alergias a medicamientos	☐	☐
Baja presión sanguínea	☐	☐	Sinusitis	☐	☐	Hepatitis A (infectuosa)	☐	☐	Herpes genital	☐	☐	Alergias a polen o polvo	☐	☐
Enfermedad sanguínea	☐	☐	Asma	☐	☐	Hepatitis B o C	☐	☐	Adicción a una(s) droga(s)	☐	☐	Ronchas de la piel	☐	☐
Fiebre no explicado	☐	☐	Se escupa sangre	☐	☐	Se suda de nodre	☐	☐	Tattoos	☐	☐	Medicamento previo	☐	☐

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no inidicada arriba? Explique. _____ Sí No
¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Sí No

Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son veridicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los dependientes del consultorio.

X _____ Fecha _____
FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián)

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____

Revisión de la historia y conclusiones: _____

Actualización Médica

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

FECHA	EXCEPCIONES		FIRMA DEL PACIENTE	BP	REVISADA POR
		Ninguna ☐			Dr.
		Ninguna ☐			Dr.
		Ninguna ☐			Dr.
		Ninguna ☐			Dr.
		Ninguna ☐			Dr.
		Ninguna ☐			Dr.
		Ninguna ☐			Dr.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

FECHA _____

NOMBRE _____ ☐CASADA(O) ☐SOLTERA(O) ☐MENOR ☐H ☐M
APELLIDO NOMBRE

SEGUIRIDAD _____

DOMICILIO _____
CALLE #APT. CIUDAD ESTADO C.P.

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELEFONO _____
MES DÍA AÑO CASA TRABAJO FAX# CORRERO ELECTRÓNICO

LUGAR DE EMPLEO _____ SOBRESCRITO _____

SI ESTUDIANTE, NOMBRE DE ESCUELA _____ AÑO ESCOLAR _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA-INDIQUE: ☐PACIENTE ☐GUARDIAN ☐ESPOSA (O) ☐PADRE ☐MADRE

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

MENOR DE EDAD - TAL VEZ QUE COMPLETAR LOS DOS CASILLEROS
ADULTOS - COMPLETE EL CASILLERO PARA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL
COMBERTURA DOBLE? TAMBIEN COMPLETE PARA PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA

PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL / SI NO HAY SEGURA. COMPLETE POR LA PERSONA RESPONSABLE	PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA
APELLIDO NOMBRE	APELLIDO NOMBRE
CALLE CIUDAD ESTADO C.P.	CALLE CIUDAD ESTADO C.P.
TEL. CASA TEL. TRABAJO FAX CORREO ELECTRONICO	TEL. CASA TEL. TRABAJO FAX CORREO ELECTRONICO
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO) COMO RELACIONADO AL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO) COMO RELACIONADO AL PACIENTE
LUGAR DE EMPLEO SEGURO DENTAL	LUGAR DE EMPLEO SEGURO DENTAL
#SS # SUESCRITOR # GRUPO	#SS # SUBSCRITOR # GRUPO

PERSONA PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

Fuera de la Familia Inmediata

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Teléfono _____

AUTORIZACION

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarín. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentífrico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de dar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas médicos.

X _____
Paciente o Persona Responsable

_____
Fecha Numero de Licencia Para Manejar

¿Alguna vez ha venido algun miembro de su familia a nuestro consultorio?

☐ Si ☐ No

¿A quién le damos las gracias por recomendarle a nuestro consultorio?

_____

MÉTODO DE PAGO

La persona responsable ya tiene cuenta con esta oficina
☐ Si ☐ No

☐ Pago entero a cada cita (en efectivo o cheque personal)

☐ Pago entero con tarjeta (☐ VISA ☐ MC ☐ OTRA)

Tarjeta # _____ Fecha Exp. _____

☐ Me gustaría discutir los arreglos financieros.

COBRO ADICIONAL

Si no pago el saldo total dentro de _____ dias después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se sumará a la cuenta por el período de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará en el _____% por mes (o un cobro minimo de $_____ si el saldo es menos de $_____) lo cual equivale al _____% al año aplicado al saldo del mes antieror. Si dejo de hacer un pago, prometo pagar cualesquier interés legal sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en cuentas no pagadas en el futuro.

Informed Consent Form for General Dental Procedures

You, the patient, have the right to accept or reject dental treatment recommended by your dentist. Prior to consenting to treatment, you should carefully consider the anticipated benefits and commonly known risks of the recommended procedure, alternative treatments, or the option of no treatment.

Do not consent to treatment unless and until you discuss potential benefits, risks and complications with your dentist and all of your questions are answered. By consenting to treatment, you are acknowledging your willingness to accept known risks and complications, no matter how slight the probability of occurrence.

As with all surgery, there are commonly known risks and potential complications associated with dental treatment. No one can guarantee the success of the recommended treatment, or that you will not experience a complication or less than optimal result. Even though many of these complications are rare, they can and do occur occasionally.

Some of the more commonly known risks and complications of treatment include, but are not limited to, the following:

1.) Pain, swelling, and discomfort after treatment;

2.) Possible injury to the jaw joint and related structures requiring follow-up care and treatment, or consultation by a dental specialist;

3.) Temporary, or, on rare occasion, permanent numbness, pain, tingling or altered sensation of the lip, face, chin, gums and tongue along with possible loss of taste;

4.) Damage to adjacent teeth, restorations or gums;

5.) An altered bite in need of adjustment;

6.) Possible deterioration of your condition which may result in tooth loss;

7.) Jaw fracture;

8.) Allergic reaction to anesthetic or medication;

9.) A root tip, bone fragment or a piece of a dental instrument may be left in your body, and may have to be removed at a later point in time;

10.) If upper teeth are treated, there is a chance of a sinus infection or opening between the mouth and sinus cavity resulting in infection or the need for further treatment;

11.) Infection in need of medication, follow-up procedures or other treatment;

12.) The need for replacement of restorations, implants or other appliances in the future;

13.) Need for follow-up care and treatment, including surgery;

14.) Prolonged numbness.

It is very important that you provide your dentist with accurate information before, during and after treatment. It is equally important that you follow your dentist's advise and recommendations regarding medication, pre and post treatment instructions, referrals to other dentists or specialists, and return for scheduled appointments. If you fail to follow the advice of your dentist, you may increase the chances of a poor outcome.

Certain heart conditions may create a risk of serious or fatal complications. If you (or a minor patient) have a heart condition or heart murmur, advise your dentist immediately so he/she can consult with your physician if necessary.

The patient is an important part of the treatment team. In addition to complying with the instructions given to you by this office, it is important to report any problems or complications you experience so they can be addressed by your dentist.

If you are a woman on birth control medication, you must consider the fact that antibiotics might make oral birth control less effective. Please consult with your physician before relying on oral birth control medication if your dentist prescribes, or if you are taking antibiotics.

This form is intended to provide you with an overview of potential risks and complications. Do not sign this form or agree to treatment until you have read, understood, and accepted each paragraph stated above. Please discuss the potential benefits, risks and complications or recommended treatment with your dentist. Be certain all of your concerns have been addressed to your satisfaction by your dentist before commencing treatment.

Witness _____ Patient's Signature _____ Date _____

Witness _____ Signature of parent (if a Minor) or Legal Guardian _____ Date _____

Written Financial Policy

Thank you for choosing Marin Center for Aesthetic Dentistry. Our primary mission is to deliver the best and most comprehensive dental care available. An important part of the mission is making the cost of optimal care as easy and manageable for our patients as possible by offering several payment options.

Payment Options:

You can choose from:

- Visa, Mastercard, American Express or cash, check

  We offer a 5% courtesy accounting adjustment to patients who pay for their treatment with cash prior to completion of care for treatment plans of $1000 or more.

- NO INTEREST[1] Payment Plans[2] from CareCredit
  - Allow you to pay over time with NO INTEREST[1]
  - Convenient, low monthly payment plans[2] also available
  - No annual fees or pre-payment penalties

Please note:

Marin Center For Aesthetic Dentistry requires payment prior to the beginning of your treatment. If you choose to discontinue care before treatment is complete, you will receive a refund less the cost of care received.

We accept payment in thirds for treatments over $1500. For larger, more comprehensive treatment plans of $3000 or more, a 10% deposit is required to secure your initial treatment appointment.

For patients with dental insurance we are happy to work with your carrier to maximize your benefit and directly bill them for reimbursement for your treatment.[3]

A fee of $100 is charged for patients who miss or cancel more than 2 times in a calendar year without 24-hour notice.

Marin Center for Aesthetic Dentistry charges $50 for returned checks.

If you have any questions, please do not hesitate to ask. We are here to help you get the dentistry you want or need.

_____

Patient, Parent or Guardian Signature Date

_____

Patient Name (Please Print)

[1]If paid within the promotional period. Otherwise, interest assessed from purchase date. Minimum monthly payment required.

[2]Subject to credit approval

[3]However, if we do not receive payment from your insurance carrier within 30 days, you will be responsible for payment of your treatment fees and collection of your benefits directly from your insurance carrier.