



Gonzales Dental Care
851-H 5th St., Gonzales, CA 93926
PH (831) 240-0865
FX (831) 250-6753
www.GonzalesDentalCare.com

Bienvenido a Gonzales Dental Care

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Hombre Mujer Menor Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Direccion: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Telefono (domicilio): _____ Celular: _____ E-mail: _____

¿Prefiere comunicacion de parte de e-mail, texto, o telefono? _____

¿En caso de emergencia, a quien debemos contactar?

Nombre: _____ Relacion: _____ # Trabajo: _____ # Casa: _____

¿Como escucho de nuestra oficina? _____

Seguro Primario

Nombre del asegurado/a: _____ Relacion: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador: _____ # Trabajo: _____ Ocupacion: _____

Compania de Seguro: _____ # Grupo: _____ # de identificacion del seguro: _____

Seguro Adicional

Nombre del asegurado/a: _____ Relacion: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador: _____ # Trabajo: _____ Ocupacion: _____

Compania de Seguro: _____ # Grupo: _____ # de identificacion del seguro: _____

Libertamiento del Seguro

Entiendo y convengo que las pólizas de seguro dental son un acuerdo entre un portador de seguro y mismo. Además, yo entiendo que esta oficina preparara cualesquiera informes y formas necesarios para asistirme en la fabricacion de la coleccion de la compania de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagado directamente a esta oficina sera acreditado a mi cuenta sobre recibo. La oficina del Dr. Kim solamente estima el co-pago del seguro. Entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos estan cargados directamente a mi y que yo soy personalmente responsable del pago. Tambien asumo que el responsabilidad a informar a la oficina de Dr. Kim acerca de los beneficios que se pudieron haber pagado a otra oficina durante el ano del plan de modo que los maximos anuales puedan ser determinando. Yo autorizo por este medio el libertamiento de cualquier informacion, etc. a mi compania de seguros o las companias o cualquier otra agencia necesaria para la coleccion de este cuenta. Esta libertamiento es solamente con el fin de facilitar la facturacion y reembolso directamente al doctor de los beneficios de seguros. Este autorizacion es eficaz para el presente y todas las demandas de seguro en el futuro.

Firma: _____ Fecha: _____

Historia Medica/Dental (Confidential)**Informacion de Salud**

Por favor indique:	Si	No	Por favor indique:	Si	No
¿Esta el niño saludable?	___	___	¿Tuberculosis?	___	___
¿Tiene el niño dolor ahora?	___	___	¿Tratamiento de radiación?	___	___
¿Esta niño bajo el cuidado de un médico?	___	___	¿Presión sanguínea anormal?	___	___
Ha tenido alguna vez:			¿Hepatitis?	___	___
¿Condición del corazón anormal?	___	___	¿Transfusión de sangre? (Ponga la fecha)	___	___
¿Valvula artificial?	___	___	¿Enfermedad venereal?	___	___
¿Fiebre reumática?	___	___	¿AIDs HIV positivo?	___	___
¿Usado fen-phen?	___	___	¿Alergias? (Especifique)	___	___
¿Diabetes?	___	___	¿Dolor de mandíbula?	___	___
¿Sangramiento anormal?	___	___	¿Mujeres, esta usted embarazada?	___	___
¿Enpalme artificial?	___	___	¿Esta tomando Fen-phen?	___	___
¿Reacción inusual a drogas o anestésico?	___	___	¿Hay alguna otra información acerca de usted que debemos saber?	___	___
¿Contraceptivos orales?	___	___			

Certifico que las respuestas a las preguntas de salud están exactas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Puesto a que un cambio de la condición médica o de medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia de esto, y acuerdo de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita subsiguiente.

Firma: _____ Fecha: _____

Concentimiento Informado

Yo autorizo a Dr. Kim al igual que a sus asociados o asistentes a que el puede designar para realizar esos procedimientos como se puede juzgar necesario o recomendable para mantener mi salud dental o la salud dental del menor de edad u otro individuo por lo cual soy responsable, incluyendo al arreglo y la administración de cualquier sedativo incluyendo el (óxido nítrico) analgésicos, terapéuticos, y/o el otro agente farmacéutico, incluyendo e los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos.

Entiendo que la administración del anestésico local puede causar una reacción inconveniente de los efectos secundarios, que pueden incluir, y no ser limitado a la contusión, hematoma, estímulo cardíaco, entumecimiento temporalmente o raramente, permanente, y dolor del músculo. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir recuperación quirúrgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y la odontología básica, incluyendo los rellenos de todos los tipos, los dientes pueden seguir siendo sensibles o aun posiblemente absolutamente dolorosos, durante y después de la terminación del tratamiento. Las encías y los tejidos finos circundantes puede también ser sensible o doloroso durante y después del tratamiento.

Asumo voluntariamente cualesquiera y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo del daño substancial y serio, si lo hay, que se puede asociar a procedimientos preventivos y operativos generales del tratamiento en esperanzas de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, para mi ventaja o para la ventaja de mi niño o sala de menor importancia. Yo reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos precedentes se han explicado a mi en caso de necesidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Autorizacion y Libertamiento

Autorizo al dentista a liberar cualquier informacion incluyendo el diagnosis y los registros de cualquier tratamiento o examinacion rendida a mi durante el periodo de tal cuidado dental a los pagadores de los terceros y/o a otros medicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compania de seguros a pagar directamente al dentista los beneficios dentales del seguro de otra manera pagables a mi. Yo entiendo que mi portador de seguro dental puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi favor o a favor de los dependientes. Certifico que he contestado todas las preguntas sobre ambos lados de esta forma exactamente y al mejor de mi conocimiento. Sigo por este medio las condiciones contorneadas.

Firma: _____ Fecha: _____