

Blue Ridge Family Dentistry

1931 Commonwealth Dr.
Charlottesville, VA 22901
434-296-5250

Forma De Información De Nuevo Paciente

Para poder servirle mejor, necesitamos la siguiente información.
Toda información es estrictamente confidencial. (Por favor escriba claro)

Fecha: _____

G
E
N
E
R
A
L

Nombre del paciente: _____ Sexo (M/F) _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Nombre Apellido Inicial 2do Nombre
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono Casa: (_____) _____ Trabajo: (_____) _____ Celular: (_____) _____
de seguro social ____-____-____ E-Mail _____ Ocupación _____ Estado marital _____
Persona responsable por la cuenta: _____
Nombre Apellido Inicial 2do Nombre
Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social ____-____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono Casa: (_____) _____ Trabajo: (_____) _____ Celular: (_____) _____

H
I
S
T
O
R
I
A

D
E
N
T
A
L

Razón de la visita: _____
¿Cuándo fue la última vez de una visita dental? _____ Ultima vez Rayos-x a toda la boca _____
Ultima vez limpieza general _____

¿HA TENIDO O HA USADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?-(Por favor marque el que aplique)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dientes sensitivos al frío, al calor, al sudor y presión | <input type="checkbox"/> Aprieta o Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Come las uñas |
| <input type="checkbox"/> ¿Sangrado de encías? ¿Por cuánto tiempo? _____ | <input type="checkbox"/> Dolor alrededor del oído | <input type="checkbox"/> Frecuencia que cepilla los dientes |
| <input type="checkbox"/> Impacto en alimentos | <input type="checkbox"/> Sonidos inusuales en el oído al comer | <input type="checkbox"/> Uso de Ceda Dental |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento en la boca | <input type="checkbox"/> Tratamiento en Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Uso de agua a presión |
| <input type="checkbox"/> Respiración por la boca | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Suplemento de Fluoruro |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos, pipa o habanos | <input type="checkbox"/> Dentaduras parciales o completas | <input type="checkbox"/> Blanqueado profesional |

¿Está usted contento con su sonrisa? _____ ¿Hay algo que le gustaría cambiar de su sonrisa? _____

P
Ó
L
I
Z
A

D
E

F
I
N
A
N
Z
A
S

Tiene usted un plan de seguro dental? Si No Nombre de la empresa aseguradora _____
Número de Grupo: _____ Nombre del Plan: _____ ID# _____
Nombre del poseedor de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Relación con el paciente _____

Yo autorizo el tratamiento para mi/mi hijo(a) y acuerdo a pagar por dicho tratamiento. Yo certifico que toda la información que he proveído está al corriente y correcta. Yo autorizo a Blue Ridge Family Dentistry para que aplique por beneficios dentales de mi parte y a publicar cualquier información necesaria para obtener tales beneficios. Yo Autorizo cualquier beneficio en mi deuda para que sea pagado a Blue Ridge Family Dentistry. Yo entiendo que mi póliza dental es un contrato entre el asegurado y la empresa aseguradora y que el Dr. Solis no es parte de dicho contrato, además yo soy responsable por cualquier tarifa que no esté cubierta por mi empresa aseguradora. Yo entiendo que el pago es devengado al momento del servicio. ***Por Favor Haga Nota*** Nosotros solamente hacemos solicitud en planes COBRA de United Concordia y Delta. Si el pago de COBRA es rechazado, el pago total será demandado inmediatamente.

Yo acuerdo a pagar un cargo de financiamiento de 1.5% (18% apr o un mínimo de \$2.50) además de \$5.00 por pagos tardíos por mes a mi cuenta si está más de 30 días pasada de pago. Yo acuerdo pagar todos los recargos que aparezcan en mi cuenta por causa del pago atrasado de la deuda, en el caso de que se necesite usar una agencia de cobros o tarifas de abogados. Yo Acuerdo pagar una tarifa de \$35.00 por pagos atrasados por cualquier cheque que no sea pagado por mi banco. Yo acuerdo dar un mínimo de 24 horas de notificación por cualquier cita que deba hacer de nuevo y yo entiendo que el Dr. Solis se reserva el derecho de cobrarme una tarifa de \$100.00 por hora por citas incumplidas. Las tarifas deberán ser pagadas antes de que las citas sean hechas.

Niños menores de 10 años de edad no se permiten en el operatorio a menos que este en tratamiento. Todos los niños deberán ser acompañados por un adulto en la recepción, nosotros no asumimos ninguna responsabilidad por el cuidado de los niños. Niños menores de 18 años que lleguen a la oficina sin el acompañamiento de un adulto deberán tener firmada una forma de consentimiento por el tratamiento y deberá traer el pago consigo.

Este acuerdo deberá mantenerse en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Firma _____ Fecha: _____