

Bienvenido a
TOWNE SQUARE DENTAL

Dr. Wade Pilling & Dr. Jordan Pilling

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle ciudad estado código postal

Teléfono de casa: _____ teléfono celular: _____ teléfono del trabajo: _____
(Por favor lista de todos los números de contacto, puede haber ocasiones en que tenemos que conseguir un asimiento de que en poco tiempo.)

Dirección de correo electrónico: _____ Empleador: _____

Nombre de la Esposa : _____ DOB: _____ SSN : _____

Empleador del cónyuge: _____ trabajo de su cónyuge Número: _____

Responsable:

Auto: _____ Otros: _____

Si es "Otro" por favor complete:

Dirección: _____
Calle ciudad estado código postal

Teléfono de casa: _____ teléfono celular: _____ teléfono del trabajo: _____

Si usted tiene cobertura dental, por favor rellene:

Nombre del suscriptor: _____ DOB: _____ SSN: _____

Compañía de Seguros: _____ Empleador: _____

Grupo #: _____ Seguro de Número de Teléfono: _____

Informacion de Contacto de Emergencia:

Nombre de su contacto de emergencia: _____ Teléfono de casa: _____

Política Financiera:

En Towne Square Dental nuestra misión es proporcionar la mejor atención dental posible para nuestros pacientes. En un esfuerzo por mantener nuestros precios accesibles, los pagos se debe en el momento de servicio a menos que los arreglos previos se han hecho. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, débito, Visa y MasterCard. Para los pacientes con seguro dental, estaremos encantados de aceptar la asignación de los beneficios de su seguro, si usted nos proporciona información precisa. Hacemos lo posible para siempre de cerca estimación de lo que su cobertura de seguro será para su tratamiento. Sin embargo, hay momentos en que los seguros en virtud de paga o rechaza el pago de un reclamo por una variedad de razones. Cualquier saldo no pagado por el seguro dentro de 60 días se convertirá en la responsabilidad del paciente o tutor del paciente si el paciente es un menor de edad. Su fuella firma indica que ha leído, entendido y estoy de acuerdo con esta política.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(O tutor si el paciente es menor)

De la historia clínica del paciente:

- ¿Ha habido algún cambio en su salud general, en el último año? SÍ/NO
Si es así, ¿qué condiciones se trata? _____
Nombre del médico: _____ Número de Teléfono: _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación o enfermedad grave en los últimos 5 años? SÍ/NO
En caso afirmativo, en qué condiciones se trata? _____
- ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas? Por favor, consulte:

<input type="checkbox"/> High La presión arterial	<input type="checkbox"/> Heart Enfermedades	<input type="checkbox"/> Chest dolores
<input type="checkbox"/> Heart Marcapasos Attack	<input type="checkbox"/> cardiac	<input type="checkbox"/> Easily Sin aliento
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fiebre	<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral Tobillos
<input type="checkbox"/> Swollen	<input type="checkbox"/> Angina fiebre	<input type="checkbox"/> Hay / Alergias
<input type="checkbox"/> Fainting / Ataques	<input type="checkbox"/> Frequently Cansado	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Radiation Terapia
<input type="checkbox"/> Low La presión arterial	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Cancer La pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Recent
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cirrosis Enfermedades	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Joint Sustitución	<input type="checkbox"/> Implant problemas	<input type="checkbox"/> Heart Enfermedades
<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/> Respiratory Problemas
<input type="checkbox"/> AIDS De la válvula de VIH	<input type="checkbox"/> STD	<input type="checkbox"/> Mitral Prolapso Problemas
<input type="checkbox"/> Thyroid problemas	<input type="checkbox"/> Estómago / Ulcers	<input type="checkbox"/> Other _____
- ¿Está tomando alguna droga, medicamento o suplementos herbales? SÍ/NO
Si es así, ¿qué: _____
- ¿Es usted alérgico o ha reaccionado negativamente a cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Local Anestésicos	<input type="checkbox"/> Sulfa Drogas	<input type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Penicillin U otros antibióticos	<input type="checkbox"/> Barbiturates	<input type="checkbox"/> Sedatives	<input type="checkbox"/> Iodine	
<input type="checkbox"/> Otro _____				

Sólo para mujeres:

- ¿Está embarazada o en periodo de lactancia? SÍ/NO
En caso afirmativo, ¿qué mes? _____ ¿Está usted tomando control de la natalidad? _____

Historia dental del paciente:

- ¿Cuál es su principal queja? _____
- Nombre del dentista anterior _____
- Fecha del último examen _____ Fecha de la última radiografía dental _____
- ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o hilo dental? SÍ/NO
- ¿Son sus dientes sensibles a líquidos calientes o fríos o alimentos? SÍ/NO
- ¿Está usted dientes sensibles a líquidos dulces o ácidos o alimentos? SÍ/NO
- ¿Se siente dolor en sus dientes? SÍ/NO
- ¿Tiene usted algún bulto o llagas en la boca? SÍ/NO
- ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes problemas con su mandíbula: haciendo clic, el dolor (articulación, el oído, lado de la cara) la apertura o el cierre de la dificultad o dificultad para masticar?

- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? SÍ/NO
- ¿aprietan o rechinan los dientes? SÍ/NO
- ¿morderse los labios o las mejillas de frecuencia? SÍ/NO
- ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia antes? SÍ/NO
- ¿Usa prótesis dentales o parciales? SÍ/NO
- ¿Ha tenido problemas graves asociados con cualquier tratamiento previo? SÍ/NO
- ¿Ha tenido sangrado anormal asociado con la extracción anterior, la cirugía o trauma? SÍ/NO
- ¿Hay algo acerca de su sonrisa que no te gusta como dientes manchados, los dientes torcidos, dientes rotos, los empastes de plata feo, o mal respirar? _____

CONSENTIMIENTO: El abajo firmante autoriza al dentista de Towne Square Dental a tomar las radiografías. Fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico considerada apropiada por el dentista para hacer un diagnóstico profundo de las necesidades dentales del paciente. Yo también entiendo el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Yo autorizo Towne Square Dental para liberar cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mi hijo o yo durante el período de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo reconozco que he tenido la oportunidad de leer el Towne Square Dental Aviso de prácticas de privacidad y una copia fue a mi disposición.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(O tutor si el paciente es menor)

TOWNE SQUARE DENTAL

Dr. Wade Pilling & Dr. Jordan Pilling

OPCIONES DE PAGO

Towne Square Dental se esfuerza por ofrecer opciones de pago convenientes, mientras que al mismo tiempo, mantener el alto nivel de atención odontológica integral que nuestros pacientes merecen. En el inicio de su tratamiento, se le proporcionará una estimación de su coste de tratamiento. Nuestro objetivo es ayudar a pagar sus opciones dental.

Por favor, comprenda que esto sólo será una "estimación". En caso de necesidad de tratamiento adicional surjan en el curso del plan de tratamiento inicial, las tasas podrían cambiar. Estén seguros de que vamos a hacer un esfuerzo para informarle de los cambios de tasas y obtener su aprobación antes de proceder con el tratamiento. Por favor tome un momento para revisar las opciones financieras que ofrece e indicar su opción de pago.

OPCIONES DE PAGO

El pago se realizará en su totalidad en el día de cada visita. Para demostrar nuestro aprecio por el paciente que no tienen cobertura dental y del sistema con el pago completo, se amplía un cinco por ciento (5%) de reducción de fuera de parte del paciente. Usted puede utilizar su tarjeta de crédito o de débito por los servicios prestados. Con gusto aceptamos dinero en efectivo, cheque y / o Visa y Master Card.

Para nuestros pacientes que quieren hacer los pagos mensuales, ofrecemos una financiación a corto y largo plazo a través de Care Credit, Citi Tarjeta de Salud y / o Capital One. Con Care Credit, Citi Tarjeta de Salud y / o Capital One, que ofrece hasta doce (12) meses sin intereses. Un miembro del personal estará encantado de ayudarle con el proceso de solicitud.

Nuestro objetivo es ayudarle a maximizar sus beneficios de seguro dental. Como cortesía, estamos felices de la factura de su plan de servicios dentales. Por favor, recuerde que su contrato se especificarán sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Independientemente de la cobertura, su co-pago estimado se debe en día el tratamiento, a menos que arreglos anteriores se han hecho. Si su plan dental no paga dentro de los sesenta (60) días de tratamiento, usted deberá pagar cualquier balance pendiente y solicitar el reembolso de su plan dental. Si su seguro dental paga más de lo esperado, usted recibirá un cheque de reembolso del sistema de Towne Plaza Dental. Asimismo, recuerda que los planes de seguro dental no están diseñados para cubrir todas sus necesidades. Por el contrario, el importe de su plan dental contribuye a su salud dental se basa en el plan que las compras por su empleador.

Una vez más, no dude en preguntar a cualquier miembro de nuestro personal si tiene alguna pregunta acerca de las opciones de pago descritos anteriormente. Le agradecemos confiar en nosotros lado a otro con sus necesidades de atención dental, y esperamos que usted nos hará saber si podemos mejorar nuestros servicios a usted de ninguna manera.

Yo acepto la responsabilidad total de esta cuenta y para todos los odontología realizado en mi cargo en este consultorio dental. Entiendo que esta oficina no puede garantizar mi elegibilidad de seguro, los períodos de espera y / o beneficios. **He leído y entiendo mis obligaciones y reconozco que soy plenamente responsable por el pago de cualquier servicio que no estén cubiertos o mal pagado por mi compañía de seguros.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(O tutor si el paciente es menor)

TOWNE SQUARE DENTAL

Dr. Wade Pilling & Dr. Jordan Pilling

BROKEN NOMBRAMIENTO DE POLITICA

Reservados hora de la cita en cualquier oficina dental es limitado y valioso.

Es muy importante que todos los pacientes honrar a sus citas dentales reservados. De no hacerlo, priva a otros pacientes de recibir la atención dental necesaria en forma oportuna.

Para que el dentista, nuestro personal y nuestros pacientes no serán penalizados por los que no a una cita programada, nuestra política de cargos que se especifican que la falta de dar aviso suficiente para mantener una cita programada, (24 horas la notificación por adelantado), dará como resultado en una tasa de 40,00 dólares de ser cargadas. Este cargo, que está en consonancia con la política de nombramiento roto nuestra oficina dental es para todos nuestros pacientes y se debe pagar antes de la programación de un nuevo nombramiento. El paciente es responsable por el pago de cargos.

Por favor, siéntase libre de hablar de esta y otras políticas con nuestro personal.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(O tutor si el paciente es menor)