

Registro de pacientes nuevos

* Required

¡Gracias por elegir nuestra oficina!

Tómese unos minutos para completar nuestro breve formulario de registro de paciente nuevo.

1. Nombre

Primero y ultimo por favor

2. Fecha de nacimiento

Example: January 7, 2019

3. Número de teléfono

Sin guiones ni espacios por favor

4. Email

5. Dirección

6. Apt / Unidad

7. Ciudad y estado

8. Código postal

9. ¿Como supiste de nosotros?

Si es a través de un amigo o familiar, elija 'Otro' y proporcione su nombre completo.

Mark only one oval.

Mi seguro

Búsqueda en línea

Other: _____

Historia dental

10. en que servicios estas interesado?

Marque todo lo que corresponda

Check all that apply.

- Chequeo y limpieza, no hay otras preocupaciones
- Chequeo y limpieza, preocupaciones ligeras
- Chequeo y limpieza, preocupaciones avanzadas
- Alineadores transparentes para enderezar los dientes
- Carillas
- Implantes / reemplazo de dientes
- Problemas de muelas del juicio
- Blanqueo
- Emergencia dental
- Apnea / ronquidos del sueño: ofrecemos soluciones de aparatos bucales altamente predecibles que a menudo están cubiertas por un seguro médico.

Other: _____

11. Agregue cualquier pregunta o inquietud específica que le gustaría abordar en su primera visita.

12. ¿Quién fue tu último dentista?

13. ¿Cuándo fue la última vez que vio a un dentista?

Mark only one oval.

Menos de 6 meses

6-12 meses

más de un año

más de 2 años

más de 5 años

14. ¿Por qué decidiste cambiar de dentista?

15. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia dental desagradable?

En caso afirmativo, describa a continuación. ¡Queremos asegurarnos de que no vuelva a suceder!

Mark only one oval.

si

No

16.

17. ¿Cómo es tu salud dental?

Mark only one oval.

- Buena/Bueno
- Promedio
- Necesita mejorar
- No estoy seguro

18. ¿Te sangran las encías cuando te cepillas o usas el hilo dental?

Mark only one oval.

- Nunca
- A veces
- Casi siempre

19. ¿Te interesan las opciones cosméticas? En caso afirmativo, describe:

Historial médico

20. ¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico?

En caso afirmativo, ¿cuál es el propósito de la atención actual que se brinda?

Mark only one oval.

- si
- No

21.

22. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y número de teléfono de su médico?

23. ¿Alguna vez ha tenido o tiene alguna de las siguientes condiciones? *

Marque todo lo que corresponda

Check all that apply.

- Problemas de sangrado
- Alta presión sanguínea
- Soplo cardíaco
- Carrera
- Problemas respiratorios
- VIH/SIDA
- Cáncer
- Reemplazo de la articulación
- Diabetes
- Trasplante de organo
- Enfermedad del corazón
- Hepatitis
- Ronquidos / apnea del sueño
- Ninguna de las anteriores

Other: _____

24. ¿Eres alérgico o has tenido una mala reacción a cualquiera de los siguientes? *

Marque todo lo que corresponda

Check all that apply.

Anestesia local (novocaína)

Látex

Penicilina

Ninguna de las anteriores

Other: _____

25. ¿Alguna vez un médico o dentista le recomendó premedicar con antibióticos antes del tratamiento dental?

Mark only one oval.

si

No

26. ¿Qué medicamentos si está tomando en este momento y para qué afección?

Incluya medicamentos recetados y de venta libre, por ejemplo: Prilosec para reflujo ácido

27. Cualquier otra afección médica o alergia, por favor describa:

28. Pacientes de sexo femenino, eres:

Check all that apply.

- Embarazada
 Enfermería

Políticas de oficina

Comentarios del paciente!

Después de cada cita, recibirá un breve seguimiento por mensaje de texto o correo electrónico sobre su visita. Prestamos mucha atención a cualquier comentario. La retroalimentación se utiliza para reconocer a los empleados por su excelente desempeño e identificar cualquier área en la que podamos mejorar nuestro servicio. Sea completamente honesto con cualquier comentario, realmente queremos saber cómo fue su visita con nosotros.

Programa de Recompensas por recomendación!

El programa es simple: por cada referencia que envíe a nuestra oficina, le daremos un crédito de \$ 25 a su cuenta. ¡Asegúrese de obtener crédito para todos los que recomiende! Los créditos se procesan a principios de cada mes.

Grabación de video y audio

Los dispositivos de grabación de video y audio se utilizan en toda la oficina para garantizar una experiencia de alta calidad para todos nuestros pacientes. Estas grabaciones pueden usarse para fines de capacitación.

Política de cancelación

Cuando reservamos tiempo para su cita, hacemos espacio en nuestro horario para que podamos dedicar nuestro tiempo y centrar nuestros esfuerzos en satisfacer sus necesidades. Las cancelaciones tardías significan que tenemos un tiempo vacío en nuestro horario en el que podríamos haber estado ayudando a otro paciente.

Hay un cargo de \$ 25 por citas reservadas interrumpidas o cambiadas sin previo aviso de 24 horas para citas dentales de lunes a viernes.

Hay un cargo de \$ 100 por hora por citas reservadas interrumpidas o cambiadas sin aviso de 48 horas para citas de tratamiento dental de fin de semana (sábado y domingo) con un dentista.

Hay un cargo de \$ 50 por hora para citas reservadas interrumpidas o cambiadas sin previo aviso de 48 horas para citas de tratamiento dental de fin de semana (sábado a domingo) con un higienista dental.

Políticas financieras y de privacidad

Usted es responsable de la tarifa total por los servicios prestados en esta oficina. Se aceptan efectivo y todas las principales tarjetas de crédito como pago por los servicios. No se aceptan cheques.

Si tiene seguro, le proporcionaremos una estimación de lo que creemos que su compañía de seguros probablemente pagará y le cobraremos la diferencia al momento del servicio.

Si tiene seguro, estamos obligados a facturar a su seguro por todos los procedimientos completados en su nombre. Los procedimientos cosméticos no se pueden facturar al seguro.

Si la compañía de seguros paga más de lo que esperábamos, tendrá un crédito en su cuenta. Le enviaremos un estado de cuenta informándole del crédito. Puede mantenerlo en su cuenta o podemos reembolsárselo. Todos los reclamos de seguro pendientes deben recibirse antes de que podamos emitir cualquier reembolso.

Si la compañía de seguros paga menos de lo que esperábamos o no paga nada, usted es responsable de la diferencia entre lo que ya ha pagado y su tarifa total.

Intentaremos organizar el pago de su compañía de seguros por un máximo de 45 días. Después de 45 días, usted es responsable de cualquier saldo en su cuenta, independientemente de si su compañía de seguros nos ha pagado o no.

Si recibimos el pago después de 45 días de su compañía de seguros, se aplicará a su cuenta y usted recibirá un estado de cuenta que le informará de cualquier crédito generado por el pago.

Después de 75 días a partir de la fecha de servicio, cualquier saldo impago será entregado a una agencia de cobranza. Esta es nuestra política estándar para todas las cuentas morosas. Una vez que se envía una cuenta a cobros, debe pagar a la agencia de cobros. Ya no podrá pagarnos directamente el saldo.

De acuerdo con HIPAA, entiendo que doy mi permiso total a esta oficina para usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a revocar el permiso. Entiendo que mi compañía de seguros enviará el pago directamente a la oficina a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Servicios de dentista independiente

Entiendo que los dentistas que me brindan servicios en este lugar (Dental Salon Chicago, LLC, Dental Salon Schaumburg, LLC, Mesa Dental Arizona, LLC DBA Southern Dental Arizona, Superstition Springs Dental, Beck Commons Dental Care, PLLC), tales como mis dentistas personales y especialistas dentales, son contratistas independientes y no son empleados de esta ubicación. Están cubiertos por su propio seguro de responsabilidad civil, que es independiente y no está relacionado con esta ubicación. Mi decisión de buscar atención dental en este lugar no se basa en ninguna comprensión, representación, publicidad, campaña en los medios, inferencia, implicación o confianza en que los dentistas que me están tratando o que me tratarán son empleados o agentes de este lugar.

29. Reconocimiento de política de oficina *

Check all that apply.

He leído, entiendo y acuso recibo de estas políticas de oficina.

30. ¿Tiene seguro dental que le gustaría usar para esta cita? *

Mark only one oval.

Sí, ya proporcioné la información cuando solicité una cita.

Sí, aún necesito proporcionar mi información de seguro *Skip to question 31*

No

Detalles del seguro

31. ¿Sabes qué tipo de cobertura tienes?

Mark only one oval.

PPO

HMO

No estoy seguro

32. Compañía de seguros

33. Número de teléfono de la aseguradora

34. Número de grupo

Sin guiones ni espacios por favor

35. Número de identificación

Este puede ser su número de seguro social (sin guiones ni espacios, por favor)

36. ¿Cuál es su relación con el suscriptor? *

Mark only one oval.

Soy el suscriptor

Esposa/Esposo *Skip to question 37*

Niña/Niño *Skip to question 37*

Detalles del suscriptor de seguros

37. Nombre del suscriptor

Primero y ultimo por favor

38. Fecha de nacimiento del suscriptor

Example: January 7, 2019

39. Número de seguro social del suscriptor *

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms