



CHRIS FAGAN, DDS, PLLC

423 N. Van Buren | Enid, OK 73703 | Teléfono: 580-233-0043 | Fax: 580-233-8571
info@brushenid.com | www.brushenid.com

Nuestra práctica está basada en el cuidado preventivo. Si tiene alguna pregunta, siéntase con libertad de preguntarnos.

Favor de llenar esta forma con tinta negra o azul.

1 INFORMACIÓN DE USTED

Nombre _____
Nombre preferido _____
Sexo: Masculino / Femenino
Edad _____ Fecha de nacimiento _____
de Seguro Social _____
Dirección _____

Cuanto tiempo en este domicilio _____
Teléfono de casa _____
Número de teléfono en el día _____
Correo electrónico _____
Número de licencia _____
Lugar de empleo _____ Años _____
Ocupación _____
Teléfono del trabajo _____

3 INFORMACIÓN DE PAGO

Tiene aseguranza dental? _____
A nombre de quien está la a seguridad? _____
Dirección _____
de SS _____ Fecha de nac. _____
Nu. De teléfono _____
Compañía de su aseguranza dental _____
Grupo _____ Fecha de efectividad _____
Lugar de empleo _____
Parentesco con el paciente _____
Método de pago por servicios no cubiertos por aseguranza _____

2 INFORMACIÓN DE SU FAMILIA

Nombre del cónyuge _____
Dirección _____

Cuanto tiempo en este domicilio _____
Teléfono de casa _____
Nu. de teléfono en el día _____
de SS _____ Fecha de Nac. _____
Lugar de empleo _____
Ocupación _____ Años _____
Teléfono del trabajo _____
Liste el nombre y edades de sus hijos: _____

En caso de emergencia notificar a:

Nombre _____
Nu. De teléfono en el día _____
Parentesco con el paciente _____
Dirección _____

4 INFORMACIÓN GENERAL

Razón por la cual requiere nuestro servicio _____

A quien le debemos de dar las gracias por avernós referido _____
Ha atendido nuestra oficina a otro miembro de su familia? _____ Si su respuesta es sí, favor de listar los nombres y parentesco con el paciente _____

HISTORIAL DENTAL

5 Nombre y dirección del dentista que ha visto previamente _____
Fecha de última exanimación _____ Tratamiento recetado _____
Ha experimentado reacciones negativas de algún cuidado dental o medico? Explique _____

6 Por favor circule si tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos:

Abscesos	Fuego bucal	Lesión en los dientes frontales/mandíbula/cara	
Respira por la boca	Tratamiento de Ortodoncia	Sangrado de encías	Gruñe los dientes
Problemas de articulación mandibular	Otros _____		

7 Favor de circular la mejor descripción:

Consume alcohol? A diario	Ocasionalmente	A veces	Nunca	Usa Tabaco? Si o No
				Consume Drogas? Si o No

8 Cuantos veces al día se cepilla los dientes? _____ Qué tipo de pasta dental usa? _____
 Usa hilo dental? A diario A veces Nunca
 Hay algo de la apariencia de sus dientes que le desagrade? _____
 Por favor explique _____

9 Tiene algún problema de salud? SI NO
 Por favor explique: _____
 Está tomando algún medicamento (incluyendo medicamentos sin prescripción) en este momento? SI NO
 Por favor nombre los medicamentos: _____
 Tiene alergias a alguna droga, medicamentos, látex o metales? SI NO
 Por favor nómbralos: _____
 A estado hospitalizado, tenido alguna cirugía, u operación? SI NO
 Porque razón: _____

10 Por favor circule si ha tenido o tiene alguno de los siguientes padecimientos:

Sangrado anormal o desorden en sagrado	Epilepsia	Deficiencia Nutricional
SIDA/desorden inmunodeficiencia	Problema de visión	Problemas Ortopédicos
Anemia	Desmayos	Neumonía
Alergias	Pérdida de audición	Embarazo
Articulación artificial/Implantes valvulares	Problemas cardiacos/soplo cardiaco	Desorden Psiquiátrico
Asma	Hemofilia	Fiebre reumática
Autismo	Hepatitis	Escoliosis
Lesión cerebral	Alta o baja presión	Anemia de células Falciformes
Cáncer/Tumores	Hiperactivo	Espina bífida
Parálisis cerebral	Problemas de hígado/riñón	Problemas estomacales/ulceras
Quimioterapia	Leucemia	Embolia
Labio leporino/paladar hendido	Problema pulmonar	Síndrome _____
Convulsiones	Retraso Mental	Transfusión de Sangre
Diabetes	Paperas	Tuberculosis
Problemas emocionales	Desorden muscular	Enfermedades venéreas
Desorden endocrino	Distrofia muscular	OTROS _____

11 Nombre de su medico familiar _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____
 Cuando fue el último examen medico? _____
 Alguna otra información acerca de su salud que necesitemos saber? _____

AUTORIDAD PARA TRATAMIENTO

Yo acredito que la información proporcionada es correcta. Yo, doy mi consentimiento y autorización para que el doctor pueda emplear cualquier tratamiento, medicamento, terapias y técnicas de manejo del paciente en relación con el cuidado dental. Autorizo y doy consentimiento al doctor a usar dicha asistencia como el crea necesario. Yo comprendo que el diagnostico de los servicios requeridos y la explicación completa de los procedimientos me serán notificados por el doctor y/o su personal antes de ser efectuados. Yo comprendo que mi a seguridad dental tal vez no pague el total de los servicios. Yo me comprometo a pagar por todos los servicios efectuados en esta oficina. Si no pago el balance total en 25 días de haber recibido el cobro, se me agregara un cargo por pago atrasado de 1.5% del balance total cada mes. En el caso que no se pague esta cuenta, yo acepto pagar por costos de recolección y los servicios de un abogado requerido para intentar recolectar los pagos o cualquier balance de la cuenta. Yo entiendo que si es necesario, ustedes pueden obtener una copia de mi reporte de crédito. Doy mi consentimiento de recibir llamadas y mensajes de texto de esta oficina a través del sistema de marcación telefónica automatizada, y/o mensajes pregrabados.

Firma _____ **Fecha** _____



LO QUE PUEDE ESPERAR FINANCIABLEMENTE
BRUSH PEDIATRIC & FAMILY DENTISTRY
Chris Fagan, DDS, PLLC

Gracias por habernos elegido como su dentista y/o de su(s) hijo(s). Nuestra primera preocupación es que usted y/o su(s) hijo(s) reciba(n) el tratamiento adecuado y óptimo necesario para promover un cuidado dental excepcional.

Se espera el pago el día de la cita. **No** mandaremos un cobro a terceras personas; por lo tanto, **usted es responsable por el pago total el día de la cita, o el padre o tutor que traiga niños a su citas, es responsable por el pago total de las citas.** Aceptamos **efectivo, cheques personales, pago por adelantado, MasterCard, Visa, Discover, American Express, y financiamiento dental externo (bajo aprobación).** Si usted no tiene a seguridad, favor de proceder a la sección: "Otras cosas que necesita saber". Si usted tiene a seguridad, nosotros mandaremos la información a su póliza de seguro solo si usted se compromete a lo siguiente:

1. Usted provee la información se su a seguridad actual y nos avisa de cualquier cambio de cobertura ANTES de la próxima cita.
2. Nuestra oficina se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros honorarios reflejan lo que usualmente se cobra en nuestra área de especialidad. Sin embargo, cada compañía de seguros hace determinaciones arbitrarias de lo que eligen como las tasas usuales y habituales. Usted es responsable de todo monto que no sea pagado por su a seguridad. Si su a seguridad no paga el total de tratamiento en 45 días después del tratamiento, le contactaremos para resolver la balanza.
3. NO somos partido a ningún contrato de a seguridad. Nuestra relación es con usted, y no su compañía de seguro.
4. Todas las compañías de seguro son diferentes. Es difícil estimar cuanto va a pagar su a seguridad secundaria. Por lo tanto, nosotros NO usamos la información de su a seguridad secundaria para calcular o estimar su copago.
5. En efecto, el asegurado instruye y dirige la compañía de seguro a pagar por cheque, o transferencia electrónica, dirigido y enviado a Chris Fagan, DDS, PLLC. Si la póliza de la compañía de seguro prohíbe pago directo al médico, el asegurado también instruye y dirige la compañía de seguro a pagar con cheque dirigido a Chris Fagan, DDS, PLLC o Brush Dental y mandar por correo a: C/O Chris Fagan, DDS, PLLC.

Otras cosas que necesita saber: Los saldos de cuenta que tengan más que 60 días de vencimiento estarán sujetos a cobros adicionales y cargos de facturación. Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Le recomendamos comunicarnos cualquier tipo de problemas para que podemos ayudar administrar mejor se cuenta y así seguir a mantener el mejor relación posible con usted. Cheques o pagos automáticos devueltos están sujetos a una tarifa de \$25.00.

Respecto a las citas: le pedimos su cooperación para cumplir con sus citas programadas. Cuando una cita no se cumple, tres grupos de personas sufren:

- 1a Usted, o su hijo, sufre por no haber recibido la atención que necesita.
- 2a Otros pacientes sufren por no tener la oportunidad de ser atendidos en ese momento.
- 3a Hay una pérdida económica para nuestra oficina ya que nuestros gastos (renta, utilidades, salario, etc.) continúan aunque su hijo este aquí o no, y tenemos poca oportunidad de programar otro paciente al momento en corto plazo.

Por lo tanto, citas canceladas o incumplidas sin aviso de por lo menos 24 horas antes, serán sujetas a una penalidad de \$50.00 por paciente en su familia. Después de dos (2) citas incumplidas todas las citas futuras deben ser pagadas en su totalidad antes de que su hijo sea atendido por el Dr. Fagan. _____

Iniciales

Como servicio a nuestros clientes, proveemos llamadas para recordarle de su cita o cualquier cambio de tratamiento, seguridad, y/o su cuenta. A proveer su número de celular usted está de acuerdo a recibir llamadas a ese número. Al firmar sus iniciales usted entiende que tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. _____

Iniciales

Al firmar a continuación, usted acepta que ha leído, entendido, y está de acuerdo con esta póliza financiera/cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____