



ALPHARETTA OFFICE
 3450, Old Milton Pkwy,
 #110, Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
 3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
 3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE DE ACE DENTAL CARE

DETALLES DEL PACIENTE

Nombre	:	Apellido	Nombre	:	Segundo Nombre	Título
Nombre de preferencia	:				<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	:			Ciudad	:	Estado : CP :
SSN	:			Fecha de Nacimiento	:	
Teléfono Particular	:			Teléfono del Trabajo	:	
Celular	:			Correo Electrónico	:	
Empleador	:			Ocupación	:	
Estado civil	:	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

NOTA: Nos comunicaremos con usted por Correo Electrónico y/o por Teléfono para confirmar la cita.

SEGURO - Primario

Nombre del Suscriptor	Relación con el Paciente :	DOB Suscriptor :
SSN / ID Suscriptor :	Empleador Suscriptor :	
Nombre Cía. Seguro :		
Dirección Cía. Seguro :		
Teléfono Cía. Seguro :	Número del Grupo :	

SEGURO - Secundario

Nombre del Suscriptor	Relación con el Paciente :	DOB Suscriptor:
SSN / ID Suscriptor :	Empleador Suscriptor :	
Nombre Cía. Seguro :		
Dirección Cía. Seguro :		
Teléfono Cía. Seguro :	Número del Grupo :	

ASIGNACION & AUTORIZACION

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro y asignamos directamente a **Ace Dental Care** todos los beneficios del seguro, en su caso, que se me pagarán por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente, autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar los pagos de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

Firma de la Parte Responsable : _____
 Relación : _____ Fecha : _____

CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento a los procedimientos necesarios de diagnóstico y tratamiento por el dentista para el adecuado cuidado dental.
 Paciente / Guardián Firma : _____

**ALPHARETTA OFFICE**

3450, Old Milton Pkwy,
 #110, Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE

3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE

3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento : _____

HISTORIAL MEDICO

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Está siendo atendido por un médico en estos momentos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No, Si si,Explicar
¿Ha estado alguna vez hospitalizado o se ha sometido a una operación mayor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No, Si si,Explicar
¿Alguna vez ha tenido una seria lesión de cabeza o cuello?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No, Si si,Explicar
¿Toma algún medicamento, tabletas o drogas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No, Si si,Explicar
¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Está haciendo una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Mujeres:	¿Está embarazada/ Tratando de salir embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Toma anticonceptivos orales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Lactando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
----------	--	--	---

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|--|---|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Acrílicos | <input type="checkbox"/> Metales | <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Joyería | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Medicamentos con sulfa | | |
| <input type="checkbox"/> Otros – Si si, por favor explique _____ | | | | | | |

¿Sufre o ha sufrido de cualquiera de lo siguiente?

<input type="checkbox"/> HIV/Sida Positivo	<input type="checkbox"/> Cortisona	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Radiación
<input type="checkbox"/> Enfermedad De Alzheimer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Pérdida De Peso Reciente
<input type="checkbox"/> Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Adicción A Drogas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B O C	<input type="checkbox"/> Diálisis Renal
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Falta De Aliento Frecuente	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Epilepsia O Convulsiones	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Urticaria O Rash	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Siclemia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Trastornos Sinusales
<input type="checkbox"/> Enfermedades De La Sangre	<input type="checkbox"/> Tos Frecuente	<input type="checkbox"/> Problemas Del Riñón	<input type="checkbox"/> Espina Bífida
<input type="checkbox"/> Transfusiones De Sangre	<input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Del Intestino / Estomago
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Dolores De Cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas Del Hígado	<input type="checkbox"/> Apoplejía
<input type="checkbox"/> Hematomas frecuentes	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Edemas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Del Pulmón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Del Tiroides
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Fiebre Del Heno	<input type="checkbox"/> Prolapso De La Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Tonsilitis
<input type="checkbox"/> Dolor Torácico	<input type="checkbox"/> Fallo/Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Herpes labial/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Dolor En La Articulación De Mandíbula	<input type="checkbox"/> Tumores Del Crecimiento
<input type="checkbox"/> Trastornos Congénitos Del Corazón	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Trastornos Cardíacos	<input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venera
			<input type="checkbox"/> Ictericia

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad seria no listada arriba? Sí No

Comentarios : _____

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente, Padre o Guardián : _____ Día: _____



ALPHARETTA OFFICE
 3450, Old Milton Pkwy,
 #110, Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
 3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
 3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento : _____

HISTORIA DENTAL

¿Cómo puedo ayudarle hoy? _____

Su salud dental actual es: Buena Regular Pobre

¿Usted necesita antibióticos antes de un tratamiento dental? Sí No

¿Está actualmente con dolor? Sí No

¿Alguna vez ha tenido tratamiento para las encías? Sí No

¿Tiene ahora o ha tenido algún tipo de dolor/molestias en su mandíbula? (TMJ) Sí No

¿Está bajo estrés? (Nuevo trabajo, Cambios, Relaciones) Sí No

¿Le gusta su sonrisa? Sí No

¿Hay algo de su sonrisa que le gustaría cambiar? Sí No

¿Está feliz con el color de sus dientes? Sí No

¿Sus encías le sangran? Sí No

Cuantas veces usted: Hilo dental / Semana? Cepillarse / Día?

¿Ha perdido algún diente? Sí No

¿Alguna vez ha tenido un problema serio/dificultad con el funcionamiento de alguna prótesis dental anterior? Sí No

¿Ha tenido alguna vez una experiencia dental desagradable? Sí No

¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____

¿Por qué dejó su anterior dentista? _____

¿Cómo podemos acomodarlo mejor durante su visita al dentista? _____

Aquí en Atención Dental Asequible, ofrecemos una amplia variedad de servicios para mejorar y mantener su sonrisa sana y hermosa. Seleccione cualquiera de los servicios que a continuación que le gustaría que nuestro amable personal lo analice durante su visita.

- Blanqueamiento De Dientes
- Carillas/Lumineers
- Invisalign
- Sonrisas Cosméticas De Seis Meses
- Cambio De Imagen De La Sonrisa
- Adherencia
- Sellados
- Corona Y Puente
- Implantes/Implantes De Coronas
- Parciales/Prótesis Dentales
- Guardias Noche/Deportes
- Sonrisa Snap-On

**ALPHARETTA OFFICE**

3450, Old Milton Pkwy,
 #110, Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE

3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE

3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento : _____

ACUERDO FINANCIERO

- Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi información a mi compañía de seguros y recibir el pago directamente de ellos.
- Entiendo que soy responsable de mi parte estimada de las tarifas de tratamiento en el momento en que se brinda el tratamiento.
- Entiendo que los beneficios de mi seguro dental son una forma de pago que proporciono a esta práctica dental y que el pago del costo total de los servicios que se me brindan es, en última instancia, mi responsabilidad. Esta práctica hará esfuerzos para ayudarme a asegurar un reembolso óptimo de mi plan de seguro. Sin embargo, si la compañía de seguros no paga según lo esperado, yo soy el responsable de todas las tarifas cobradas.
- Entiendo que, debido a la complejidad del diagnóstico dental, los planes de tratamiento a veces cambian. Seré responsable del pago de la atención que realmente se me entregue.
- En el caso de cheques devueltos o cualquier otra inversión de métodos de pago que he proporcionado a la práctica, mi cuenta estará sujeta a una tarifa de procesamiento de **\$ 30**.
- Si permití que mi cuenta incurriera en una morosidad grave en los pagos, lo que hace que la práctica solicite la asistencia de una agencia de cobros, acepto pagar todas las tarifas relacionadas y los costos judiciales.
- Las cuentas no pagadas dentro de los **90 días** están sujetas a un cargo financiero mensual del **1.5%**.
- Se asume que cualquier saldo de seguro impago es responsabilidad financiera del paciente

Firma : _____

Date : _____

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso.

Firma : _____

Date : _____

CITAS PERDIDAS

Entiendo que esta práctica requiere que avise por adelantado en al menos **48 horas** de anticipación para cancelar o reprogramar mi cita. También entiendo que en caso que pierda una cita, proporcione una cancelación tardía o no (dejando de informar a la oficina en al menos **48 horas** por adelantado), mi cuenta estará sujeta a un cargo de **\$25**.

Firma : _____

Date : _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Entiendo que la información que he proporcionado aquí es correcta según mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo al dentista o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otro medio de diagnóstico que el médico considere apropiado para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales. Tras dicho diagnóstico, autorizo al dentista a realizar todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo completamente que usar agentes anestésicos representa ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un reporte completo de posibles complicaciones. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que el pago se debe al momento del servicio.

Firma : _____

Día : _____



ALPHARETTA OFFICE
 3450 Old Milton Pkwy # 110
 Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
 3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax: (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
 3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental COVID-19

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Consiento a sabiendas y voluntariamente que se complete un tratamiento dental de emergencia durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual el portador del virus puede no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagioso. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no debido a las limitaciones actuales en la prueba del virus.

Los procedimientos dentales crean un rocío de agua que es la forma en que se propaga la enfermedad. La naturaleza ultra fina del rocío puede permanecer en el aire por minutos algunas veces horas, lo que puede transmitir el virus COVID-19.

- Entiendo que debido a la frecuencia de las visitas de otros pacientes dentales, las características de virus, y las características de los procedimientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio odontológico.
- Se me ha informado de las directrices de la CDC y de la ADA que bajo la pandemia actual, no recomiendan la realización de cuidados dentales que no se traten de emergencias. Las visitas médicas deben estar limitadas al tratamiento de dolor, infección, condiciones que inhiben significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca, y problemas que pueden causar cualquiera de los antes mencionados en los próximos 3 a 6 meses.
- Confirmando que estoy buscando tratamiento para una condición que cumple con esos criterios.

Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas del COVID-19 que se mencionan a continuación:

- Fiebre
- Falta de Aliento
- Tos Seca
- Secreción Nasal
- Dolor de Garganta
- _____ (Inicial)

Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y la CDC recomienda un distanciamiento social de al menos 6 pies por un periodo de 14 días para cualquiera que tenga el virus, y eso no es posible en la odontología.

- Confirmando que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que han estado afectados por el COVID-19.
- Confirmando que no he realizado viajes domésticos dentro de los Estados Unidos a través de líneas aéreas comerciales, autobús o tren en los últimos 14 días.

Firma del Paciente (o Tutor Legal): _____

Fecha: _____