***COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIMARIO***

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Comercial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Comercial ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # Identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado, Código Postal \_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted mismo (si es Ud. no llenar esta sección) Esposo/a Padre Madre Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad Militar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombra

Apellido

Favor excribir claramente

Apellido

Nombre

Apellido

Nombre

***INFORMACION DEL PACIENTE***

**ST. SIMONS ISLAND**

1804 Frederica Road, Ste. B

St. Simons Island, GA 31522

Tel: 912-268-2800

Fax: 912-434-9936

**HINESVILLE OFFICE**

111 East Mills Avenue,

Hinesville, GA 31313

Tel: 912-463-4405

Fax: 912-463-4939

**RICHMOND HILL OFFICE**

10220 Ford Ave,

Richmond Hill, GA 31324

Tel: 912-756-5960

Fax: 912-756-5964

1/3

***SEGURO MEDICO***

\*Todos los pacientes con trauma, segundo tratamiento y cirugía

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Dirección Comercial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Tel. Comercial ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Co. Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # I.D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Groupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Asegurdo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_S.S. #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado, Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIA***

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Comercial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Comercial ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sex: M F Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado, Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***QUIEN SERA RESPONSIBLE POR EL PAGO***

Sr.Srs. Srta Dr. Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sobrenombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Correo Electronico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad Militar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_\_\_

Tel. Casa( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ha sido ud. Paciente de nuestro consultorio? Si No

Referido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tiene algún familiar haya sido paciente de este consultorio? Si No

Dentista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. de Negocio ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con quien Podemos discutir su facture y tratamiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Who do we have permission to discuss billing and treatment with?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Please print clearly) Phone number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**www.coastalendo.net**



**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PREOCUPACION DENTAL***

Razón de su visita hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiende dolor? Si No Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor circule su nivel de dolor:

 No dolor Mucho dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

***ALERGIAS***

 Es usted alérgico o ha tenido una reacción a:

S N S N S N S N

Penicilina  Drogas de Sulfa Anestesia local (adormecedores)  Amoxicilina

Sodio Pentotal/Valium/otros tranquilizantesAspirina Codeína u ortos narcóticos Goma (latex)

Soya Huevos/Yema Sulfitos No tengo alergias

Favor enumerar cualquier medicamentoo antibiotic al que sea alérgico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***MEDICAMENTOS***

Esta usted tomando o ha tomado alguna vez:

S N S N S N S N

Pastillas para los nervios Analgésicos (incluyendo aspirina) Relajantes musculares Estimulantes

Pastillas para rebajar Tranquilizantes Insulina Antidepresivos

Anticoagulantes Coumadin No. De dosis \_\_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_\_ Fecha de su ultimo INR \_\_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_\_

Aspirina terapéutica Plavix Heparin

Nitroglicerina Digital

 **Cualquier medicamento para la densidad del hueso o bisfosfonato (Aredia, Zometa, Fosamax, Actonel Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor enumerar cualquier medicamento(s) que esté tomando incluyendo natural, hierbas, productos homeopáticos..

[MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***HISTORIAL MEDICO***

Esta bajo el cuidado de un médico? Si No Fecha de su última visita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hospitalización reiente \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo está su presión arterial normalmente? Baja Normal Alta Presión arterial hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de alcohol: No tomo Rara vez tomo 1-2 trajos por semana 1-2 tragos diarios

Uso de Tabaco: No fumo Deié el tabaco Fumo Cigarrillos Cigarros Pipa Marihuana Uso inmersión o rapé

 Con qué frecuencia uso estos productos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por cuantos años \_\_\_\_\_\_\_

2/3

**Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, condición médica o procedimiento?**

S N S N S N S N

Anemia Cáncer Enfermedad del corazón Pulmones

Sangramiento inusual Tipo: \_\_\_\_\_\_\_ Año(s): \_\_\_\_\_\_\_ Colocación de Cánula Ronquidos

Transfusión de sangre Tratamiento de raciación Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_ Apnea del sueño

Hemofilia Quimiaterapia  Aterectomía Fecha: \_\_\_\_\_\_ Fibrosis Quística

VIH/CIDA Ulceras estomacales  CABG Fecha: \_\_\_\_\_  Fibrosis Pulmonar

Tuberculosis Tratado por enfermesdades Venéreas Desfibrilador implantado Asma

Desmayos Enfermedades del ígado Soplo cardíaco Inhalador AICID

Tiroides Reemplazo de rodilla Año \_\_\_ Angina Semanal Diario

Epilepsia/Convulsiones Reemplazo de cadera Año \_\_\_ Fiebra reumática OcasionalMensual

Fecha última convulsión: \_\_\_\_\_ Reemplazo de alguna articulación Año \_\_\_ Ataque al corazón Fecha: \_\_\_\_ Hospitalized

Problema sistema Inmunológico Encefalopatía hepática Marcapasos Fecha: \_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_

Lupus Hepatitis A, B, C Derrame Fecha: \_\_\_\_\_\_ Fiebre del Valle

Reumattismo Inflamatorio Enfermedad del riñon Arritmia Enfisema

Último BUN: \_\_­­­\_ Fecha: \_\_­­­\_\_ Insuficiencia Coronaria Dolor de pecho Sinusitis

Fibromialgia Colitis uncerosa Tranplante de válvulas Bronquitis crónica

Glaucoma Último episodio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Last Ejection Fracture %\_\_\_ Date: \_\_\_ COPD

Problemas con la curación Cirugía del Hígado Fecha: \_\_\_\_\_\_ Pulso irregular

Diabetes Fibrilación auricular

Último examen de Azúcar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Angioplastia Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Último HgA1C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier otra condición:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo para mujeres**: (Nota para las mujeres: Los antibióticos (como la penicilina) puede alterar la efectividad de las pastillas anticonceptivas.

 Consulte con su médico/ ginecólogo para asistencia en referencia a otros métodos anticonceptivos.

S N S N

 Hay posibilidad de un embarazo Posible día de parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Está amamantando?

 Está tomando pastillas anticonceptivas. Si la respuesta es si: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***HISTORIAL MEDICO***

­­­­

***RECONOCIMIENTO***

Yo CERTIFICO que he leído y entendido las preguntas médicas de arriba y he respondido verazmente. Los médicos o el personal de Coastal Endodontics no son responsables por cualquier error u omisión que yo haya cometido al completar este formulario.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paciente o tutor X\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Revisado por X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_

También reconozco que una copia de este Aviso de Políticas de Privacidad me ha sido proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar cualquier inquietud con respecto a este Aviso.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paciente o tutor X\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Revisado por X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_

Esta firma en mi expediente es mi autorización para dar la información necesaria para proceder con la reclamación y obtención del pago de mi tratamiento. Yo autorizo el pago a los doctores de Coastal Endodontics de los beneficios que de otra forma me serían pagaderos. Además entiendo que cualquier estimado de mi porción es solo un estimado. Es mi responsabilidad dar seguimiento con compañía de seguros por el balance adeudado. Entiendo que cualquier balance adeudado comenzará a acumular un interés de un 18% después de 30 días. Entiendo que Coastal Endodontics tratará por todos los medios de conseguir el pago de sus honorarios incluyendo agencias de cobros y reclamos en la corte.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paciente o tutor X\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Revisado por X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_

Para visitas dentro de los 12 meses, Certifico que mi historia Clínica no ha tenido cambios.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paciente o tutor X\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Revisado por X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_

3/3