

# BIENVENIDO!

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Sexo  Masculino  Femenino Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número Telefónico (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, por favor indique el Nombre del Padre \_\_\_\_\_  
Empleador del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
¿Razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se ha enterado de nuestros servicios?  Correo a Domicilio  Medio de Comunicación Social  Seguro  Pagina de Internet  Google  Otros \_\_\_\_\_  
 Familiar, Amigo o Compañero de Trabajo: ¿A quién podemos agradecer su visita? \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Principal)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_  
Número Telefónico del Seguro \_\_\_\_\_  
Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número dedeocal \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Secundario)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_  
Número Telefónico del Seguro \_\_\_\_\_  
Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número dedeocal \_\_\_\_\_

## 4. POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención médica dental. Estamos encarecidamente comprometidos para proporcionarle una atención dental de la más alta calidad, cuyo objetivo consiste en que usted pueda tener una salud bucal excelente. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que lea, acepte y firme antes de iniciar cualquier tratamiento. El pago debe ser realizado al momento de prestar el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que ofrecemos.

Por favor, marque si desea obtener más información sobre las opciones de financiamiento. *Tenga en Cuenta: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En el caso de que sea necesario que nuestra oficina contrate un servicio de cobro y/o asistencia legal, usted será responsable de cualquier cobro y/o cargos legales.*

### ¿Tiene Usted un Seguro?

- Debemos enfatizar que como su proveedor de atención dental, nuestra relación es directamente con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.
- Como cortesía hacia usted, le ayudaremos a procesar todos sus reclamos de seguro. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación del seguro, sin embargo, esto no garantiza que su seguro cancelará exactamente la cantidad estimada. Su compañía de seguros y los beneficios de su plan determinarán la cantidad a cancelar. Por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su presupuesto sea lo más accesible y exacto posible. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le solicitaremos que se comunique con su compañía de seguros para recordarles que se espera el pago. Si el pago no es recibido o su reclamo es denegado, usted será responsable de cancelar la cantidad total en ese momento.
- Le solicitamos que firme este formulario y/o cualquier otro documento necesario que pueda ser requerido por su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina.
- Le solicitamos que cancele el deducible y el copago, los cuales constituyen a la cantidad estimada no cubierta por su compañía de seguros, bien sea en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que le ofrecemos.
- Cooperaremos plenamente con los reglamentos y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudar en la cancelación del reclamo. Nuestra oficina, sin embargo, no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

*Estamos agradecidos por permitirnos servirle y atender sus necesidades de salud dental y estamos a su disposición para aclarar cualquier duda que presente sobre su cuidado o sobre nuestra política financiera.*

Para una descripción detallada de nuestras prácticas de privacidad, por favor observe nuestro folleto "Aviso de Prácticas de Privacidad" en recepción.

### Autorización:

He leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos. Autorizo a mi compañía de seguros para cancelar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad por el pago de los Servicios Dentales proporcionados en este consultorio para mí o para mis dependientes es mía, debida y exigible en el momento en que los servicios son prestados, con la excepción de que los arreglos financieros hayan sido concretados. Adicionalmente, entiendo que un cargo por financiamiento, refacturación, cobranza y/o honorarios de abogados será agregado a cualquier saldo vencido. Al firmar a continuación, usted nos autoriza para comunicarnos vía telefónica por cualquier número que nos haya proporcionado, incluyendo llamadas a dispositivos móviles, celulares o similares para cualquier propósito legal. Usted acepta cualquier tarifa o cargo en el cual pueda incurrir por una llamada entrante de nuestra parte y/o llamadas salientes hacia o desde cualquiera de dichos números, sin la posibilidad de efectuar un reembolso por nuestra parte.

Firma del Paciente o del Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 5. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la siguiente persona para tener acceso a la información cubierta bajo la Práctica de Privacidad con respecto a mí mismo.

Tu Nombre \_\_\_\_\_

Nombre (impreso) \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

**6. HISTORIA DENTAL** Por favor, marque con una "X" en cualquiera de las siguientes condiciones que aplican a usted.

Nombre del Paciente (impreso): \_\_\_\_\_

**Apariencia**

- Dientes decolorados
- Dientes planos o desgastados
- Dientes mal formados
- Dientes torcidos
- Amontonamiento
- Espacios entre los dientes o dientes perdidos
- Mordida profunda

**Dolor o Incomodidad**

- Sensibilidad (Dulces calientes o fríos).
- Presión o dolor al masticar
- Dientes rotos o obturaciones dentales
- Sequedad bucal
- Otros: \_\_\_\_\_

**Función**

- Afilado o apretado
- Dolor de cabeza matutino
- Dolor al articular la mandíbula (TMJ)
- Crujido o chasquido al articular la mandíbula (TMJ)
- Impedimento del habla
- Respiración bucal
- Dolores musculares (cabeza, cuello)
- Dificultad para abrir o cerrar la mandíbula
- Dificultad para masticar en ambos lados

**Salud Periodontal (Encía)**

- Encías sangrantes hinchadas e irritadas
- Mal aliento

- Dientes flojos, inclinados o en movimiento
- Enfermedad perio/encia previa

**Hábitos**

- Chuparse el pulgar
- Morderse las uñas
- Morderse la mejilla o el labio
- Masticar hielo o objetos extraños.

**Condiciones o Patrón de Sueño**

- Apnea del sueño
  - Ronquido
- Social**
- Paquetes de tabaco por día \_\_\_\_\_
- Frecuencia de alcohol \_\_\_\_\_
- Frecuencia de medicamentos \_\_\_\_\_

**Opciones Previas de Comodidad**

- Óxido nítrico
- Sedación oral (píldora)
- Sedación intravenosa

**Consumo Frecuente o Diario:**

- Gaseosa o té dulce
- Café con crema o azúcar
- Bebidas energéticas o deportivas
- Caramelos o dulces
- Dieta alta en carbohidratos

Por favor, comparta las siguientes fechas: Su última visita al dentista \_\_\_\_\_ Su última limpieza \_\_\_\_\_

Para usted, ¿Qué es lo más importante acerca de su visita al dentista el día de hoy? \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10, siendo el 10 la calificación más alta: Ansiedad Dental \_\_\_\_\_ Feliz con su sonrisa \_\_\_\_\_

¿Qué desearía modificar en su sonrisa?  Color  Mordida  Dientes torcidos o astillados  Espacios  Amontonamiento  
 Cambio de imagen de su sonrisa  Dientes perdidos  Dientes más blancos  
 Dientes sensibles al calor, frío, dulces o a la presión  Otros \_\_\_\_\_

**7. HISTORIA MÉDICO.** Por favor, marque con una "X" su respuesta para indicar si usted presenta o ha presentado alguna de las siguientes situaciones:

**Alergias Médicas**

- Antibióticos (Penicilina, Amoxicilina, Clindamicina)
- Opiáceos (Percocet, Oxiconona, Tylenol 3)
- Látex
- Anestésico local
- Antiinflamatorio Esteroides

**Otras observaciones o alergias**

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

**Cáncer**

- Tipo \_\_\_\_\_
- Quimioterapia
  - Radioterapia

**Cardiovascular**

- Angina (dolor en el pecho)
- Afecciones cardíacas
- Cirugía del corazón.
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Accidente cerebrovascular

**Endocrinología**

- Diabetes
- Hepatitis A, B o C
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Enfermedad tiroidea

**Gastrointestinal**

- Reflujo
  - Enfermedad gastrointestinal
- Hematológico o Linfático.**
- Anemia
  - Trastorno sanguíneo
  - Lastimarse fácilmente
  - Sangrado excesivo

**Neurológico**

- Ansiedad
  - Depresión
  - Mareos o desmayos
  - Adicción al alcohol o a las drogas
  - Convulsiones
  - Enfermedad psiquiátrica
- Respiratoria**
- Asma
  - Enfisema o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
  - Problemas respiratorios
  - Problemas de sinusitis
  - Apnea del sueño
  - Tuberculosis

**Infecciones virales**

- SIDA
- VIH positivo
- Virus del papiloma humano
- Úlceras bucales

**Mujeres**

- Actualmente embarazada
- Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_
- Enfermería

¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Si es así, por favor indique \_\_\_\_\_

Nombre Físico Completo \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una enfermedad, operación o hospitalización grave en los últimos 5 años? En caso de ser afirmativa la respuesta, por favor indíquelo. \_\_\_\_\_

Por favor, compruebe si presenta alguna de estas condiciones: Válvula Cardíaca Artificial \_\_\_\_\_ Endocarditis Infecciosa Previa \_\_\_\_\_  
 Válvulas Cardíacas Dañadas en el Transplante de Corazón \_\_\_\_\_ Cardiopatía Cianótica no Reparada \_\_\_\_\_ Cardiopatía Reparada con Lesiones Residuales \_\_\_\_\_

Por favor, indique los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna vez o está tomando actualmente algún medicamento para la Osteopenia, Osteoporosis o la Enfermedad Ósea? Si la respuesta es afirmativa, por favor indique los medicamentos. \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente anticoagulantes? Si la respuesta es afirmativa, por favor indíquelo: \_\_\_\_\_

**Autorización:**

Yo autorizo al Doctor para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico completo sobre las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Doctor para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser indicadas. También entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un cierto riesgo. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos.

Firma del Paciente o del Tutor Legal \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Dentista o Higienista \_\_\_\_\_

## OUR FINANCIAL POLICY

We are committed to providing you with the best possible care, and we are pleased to discuss our professional fees with you at any time. Your clear understanding of our Financial Policy is important to our professional relationship. Please ask if you have any questions about our fees, Financial Policy, or your responsibility.

- All patients must complete our "Patient Information Form" before seeing the doctor.
- FULL PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE.
- WE ACCEPT CASH, CHECKS, VISA/MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER.

### ADULT PATIENTS

Adult patients are responsible for **full payment** at time of service.

### MINORS ACCOMPANIED BY AN ADULT

The adult accompanying a minor, and his/her parents (or guardians), are responsible for **full payment** at the time of service.

### UNACCOMPANIED MINORS

The parents (or guardians) are responsible for **full payment**. Non-emergency treatment will be denied unless charges have been paid in full at time of service.

### REGARDING INSURANCE

If you have insurance, we will help you receive maximum benefits.

We MAY accept your insurance if you obtain approval from our office staff prior to the date of service. If we accept your insurance, you must pay your estimated portion. If your insurance company has not paid the FULL BALANCE within 45 days, you have 15 days to pay the balance. If your insurance company pays more than the balance due, we will send a refund check to you immediately.

INSURANCE IS A CONTRACT BETWEEN YOU AND YOUR INSURANCE COMPANY. We are NOT a party to this contract, in most cases. We file insurance claims as a courtesy to our patients. We will not become involved in disputes between you and your insurance company regarding deductibles, co-payments, covered charges, secondary insurance, "usual and customary" charges, etc., other than to supply factual information as necessary. You are responsible for the timely payment of your account.

### MISSED APPOINTMENTS

Unless canceled 24 hours in advance, our policy is to charge for missed appointments at the rate of \$15 per 15 minutes of appointment time.

**Thank you for understanding our Financial Policy. Please let us know if you have any questions or concerns.**

Responsible Party Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Eddie G. Tennison D.D.S.**  
**2117 N. Mays**  
**Round Rock, TX 78664**  
**(512) 244-1221**

**APPOINTMENT POLICY**  
**PLEASE READ AND SIGN**

We are happy to provide services for your child. However we are unable to provide for patients who do not keep scheduled appointments. It generally takes our staff 48 hours at least to fill a cancelled appointment. Patients who call to reschedule appointments with at least two days notice can usually be accommodated without a problem. Short notice cancellations and patients who "no show" appointments may result in permanent discontinuation of services. This is a private dental office and we simply cannot afford to provide for folks who do not take their appointments seriously. We do make exceptions in situations of unavoidable circumstances (like traffic accidents and sudden serious illness). However appointments broken without at least 24 hours notice will almost always result in a broken appointment fee or discontinuation. Please understand that we must keep the doctor and hygienist completely scheduled at all times. We are not a government funded clinic and must generate a profit to pay our employees and stay in business. Your cooperation in this matter is greatly appreciated.

In general it is our policy to confirm all appointments 48 hours in advance. If we leave a message at your residence or job, please Do return our phone call to confirm or change the appointment. If the office staff does not answer when you call, there is an answering machine at 244-1221 to leave a message. If we do not hear from you by the day before the scheduled appointment, we will attempt to give your appointment to another patient. It may be difficult for you to reschedule without a substantial delay. We want to work with you if you have problems keeping a scheduled appointment. But we need reasonable notice to change appointments and you have to call. Please give us all your phone numbers including cell phone and pager if you have them. We need to reach you during our business hours. Remember that we don't mind if you break an appointment. We just want to know in advance so that we can keep our schedule full.

---

Signature

Eddie G. Tennison, DDS  
2021 North Mays, Ste 1200  
Round Rock, TX 78664  
Phone: (512) 244-1221

## Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

I, \_\_\_\_\_ have received a copy of the  
(Name of Patient)

Notice of Privacy Practices for Eddie Tennison, DDS.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Patient or Responsible Party)

### Staff Will Fill Out This Section If Patient's Signature Is Not Obtained

Our office made a good faith effort to obtain Acknowledgement of Receipt of our notice of Privacy Practices, but it could not be obtained for the following reason:

\_\_\_\_ Patient refused to sign.

\_\_\_\_ Emergency situation kept us from obtaining the Patient's signature

\_\_\_\_ Language barriers kept us from obtaining the Patient's signature.

\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Eddie G. Tennison, DDS  
2021 N Mays St, Ste 1200  
Round Rock, Texas 78664

Medical Information Release Form  
(HIPAA Release Form)

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Release of Information**

I authorize the release of information including the diagnosis, records; examination rendered to me and claims information. This information may be released to:

Spouse \_\_\_\_\_

Child(ren) \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Information is not to be released to anyone.

This ***Release of Information*** will remain in effect until terminated by me in writing.

**Messages**

Please call  my home  my work  my cell Number: \_\_\_\_\_

If unable to reach me:

you may leave a detailed message

please leave a message asking me to return your call

\_\_\_\_\_

The best time to reach me is (day) \_\_\_\_\_ between (time) \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_