



CHARLES ASHLEY MANN, DDS
AND ASSOCIATES
Family and Cosmetic Dentistry

CARY LOCATION: 315 E Chatham Street, Suite 100 ▪ Cary, NC 27511 ▪ Phone: (919) 462-9338

Bienvenidos a nuestra oficina:

Uno de los objetivos de nuestra práctica es hacer todo para que su visita dental sea lo más cómoda posible. Si tuviese un problema con su plan dental de seguros no dude en preguntar o consultar cualquier aspecto del tratamiento que recomendamos. Es por ello, que para que su plan dental funcione exitosamente, debemos hacer énfasis en los siguientes factores.

- Como una cortesía, lo ayudaremos gustosamente a llenar todos los formularios de seguro requeridos para obtener toda la cobertura disponible. usted será responsable del saldo de su cuenta independientemente de lo que paga su seguro, ya que somos un proveedor fuera de la red.
- Alguna cuenta por pagar por los beneficios del seguro son asignados al proveedor del mismo.
- Con respecto a mantener citas programadas, **se cargará \$90.00 por hora por cada cita a la que no asista sin notificar con dos días de antelación.** Este cargo deberá pagarse antes de futuras citas. Después de faltar a 2 citas sin previo aviso, le pediremos que seleccione otro proveedor dental. Como cortesía recibirá recordatorios y llamadas telefónicas para recordarle de su cita, sin embargo usted es el único responsable por recordar la asistencia a las citas programadas.
- Para nuevos pacientes y cierto tipo de procedimientos dentales requerimos una la tarjeta de crédito válida para reservar cita.
- Planifique llegar a su cita a tiempo. Llegadas tardías significan reprogramación de la cita. Si esto ocurre con frecuente, se le solicitará seleccione otro proveedor dental.

Por favor considere que su pago estimado se deberá pagar al momento de la realización del servicio. Los métodos de pago aceptados son efectivo, cheque personal, tarjeta de crédito (AMEX®, Visa®, MasterCard®, or Discover®), y CareCredit®. Si su cuenta tiene un saldo por pagar mayor a 60 días habrá un cargo del 24% añadido a la misma.

Si program una visita por emergencia, el saldo a pagar es el 100% al momento del servicio.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



CHARLES ASHLEY MANN, DDS
AND ASSOCIATES
Family and Cosmetic Dentistry

Registro del Paciente

Información del paciente:

Primer Nombre: _____ Inicial Segundo: _____ Apellido: _____
Seudónimo: _____ Teléfono Casa: (____) _____
Dirección: _____ Teléfono Trabajo: (____) _____
Ciudad: _____ Departamento/Código Postal: _____ Teléfono Celular: (____) _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: _____
Número de Seguridad Social: _____ Número de Seguridad Social: _____
Correo electrónico: _____ ¿Cómo se enteró de nuestra clínica? _____
¿Le gustaría recibir un correo confirmación de sus citas programadas? SI NO
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Parentesco: _____
Número de teléfono: _____ ¿Es usted un estudiante medio tiempo o tiempo completo? _____

Principal información de Seguro Dental:

Nombre del suscriptor: _____ Parentesco con el paciente: ENCIERRA EN UN CÍRCULO Usted mismo/Cónyuge/Hijo/
Otro
Empleador que proporciona la cobertura de seguros: _____ Suscriptor ID# _____
Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Grupo # _____
Dirección de la Compañía de Seguros: _____ SS # _____
Fecha de Nacimiento: _____

Información Secundaria del Seguro Dental:

Nombre del suscriptor: _____ Parentesco con el paciente: ENCIERRA EN UN CÍRCULO Usted mismo/
Cónyuge/Hijo/Otro
Empleador que proporciona la cobertura de seguros: _____ Suscriptor ID# _____
Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Group # _____
Dirección de la Compañía de Seguros: _____ SS # _____
Fecha de Nacimiento: _____

Persona Responsable (Si es diferente al paciente)

Nombre: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SS #: _____
Teléfono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____



Historia de Salud Dental

Marque cualquiera de lo siguiente que aplique:

- Sensibilidad (frío, caliente, dulce)
- Dolor de dientes o incomodidad al masticar
- Dolores de cabeza o llagas
- Úlceras bucales o resfriados
- Dolor en la mandíbula o dolor articular.
- Dientes rotos o empaste
- Apretar la mandíbula o rechinar los dientes
- Encías inflamadas o sangrantes
- Dientes dañados, perdidos o flojos
- Mal aliento o mal sabor en la boca

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

- Dentaduras
- Puentes
- Aparatos dentales
- Tratamiento de encías
- Cansancio durante el día
- Ronquidos
- Sensación de ahogo y asfixia durante el sueño

Por favor comparta las siguientes fechas:

Su última limpieza dental _____
Su último examen oral de cáncer _____
Su último conjunto de rayos X _____

Dentista Anterior:

Nombre de la Clínica/Dentista: _____
Ciudad/Departamento: _____
Número de contacto: _____

¿Si pudiera realizarse un blanqueamiento dental por un precio razonable, lo haría?

¿Fuma o mastica Tabaco? ¿Cada cuánto y por cuánto tiempo?

Si pudiera cambiar su sonrisa usted:

- Haría que mis dientes estuviesen más blancos
- Alinearía mis dientes, cerraría espacios
- Reemplazaría empastes de metal con empastes de color
- Repararía dientes astillados
- Reemplazaría dientes perdidos
- Repararía coronas antiguas que no coincidan
- Transformaría completamente mi sonrisa

En una escala del 1—10, con el 10 siendo el valor mas alto:

¿Qué tan importante es la salud dental para usted?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo calificaría su salud dental actual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Para usted cuál es el aspecto más importante de su visita de hoy?

¿Cuál es el aspecto más importante de su futura sonrisa y salud dental?



CHARLES ASHLEY MANN, DDS

AND ASSOCIATES

Family and Cosmetic Dentistry

Aun cuando el personal dental principalmente trata el área dentro y cercana a su boca, su boca es parte de su cuerpo. Problemas de salud que pudiera tener o medicación que pudiera estar administrándose, pudiera tener una relación importante en la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

	SI	NO	Si su respuesta es "SI" por favor detalle en el siguiente campo:
¿Se encuentra bajo cuidado medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha sido hospitalizado alguna vez o tenido una cirugía mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Actualmente toma medicamentos, drogas o píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o alguna otra medicación que contenga bisfosfonato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se encuentra en una dieta especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Es usted mujer?	SI	NO	¿Toma anticonceptivos?	SI	NO	¿Se encuentra durante la lactancia?	SI	NO
¿Está en embarazo o tratando de quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Es alérgico a lo siguiente? Indique:

Aspirina	<input type="checkbox"/>	Penicilina	<input type="checkbox"/>	Codeína	<input type="checkbox"/>	Acrílico	<input type="checkbox"/>	Metal	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	Anestesia local	<input type="checkbox"/>
Si posee alguna alergia diferente a las antes mencionada indique: _____													

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortisona Medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se confunde con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis / Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria o erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulación Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina Bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de miembros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades tiroideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangra o marca con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsilitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriado/lagas de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venereas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapaso del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no este en la lista abriba? SI o NO. De responde "SI", Explique: _____

Aquí declare, en lo mejor de mi conocimiento que las respuestas aquí realizadas son correctas. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser perjudicial para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar la oficina dental cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o representante: _____ FECHA: _____



Notificación recibo de privacidad de las prácticas.

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente:

He recibido una copia de la Notificación de privacidad de las prácticas por la práctica mencionada anteriormente.

Firma

Fecha

Sólo para uso oficial

No fue posible obtener constancia de recibo escrita de la notificación de la privacidad de las prácticas debido a:

Ocurrió una emergencia y no fue posible obtener la firma en el momento.

El individuo se rehúso a firmar.

Una copia fue enviada con una solicitud de firma a devolver por correo.

No fue posible comunicarse con el paciente por la siguiente razón:

Otro: _____

Preparado por: _____

Firma _____

Fecha _____



Autorización para proveer información – Alta Médica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

_____ está autorizado para proveer información protegida de salud acerca del paciente en la siguiente forma y a las personas identificadas.

Entidad a recibir información: Verifica cada persona/entidad que apruebe para recibir información:

Descripción de información a proveer: Verifique cada una de las personas/entidades a la izquierda de la misma sección.

Voice Mail

Resultados de exámenes de laboratorio/Rayos X

Otro _____

Otra persona (s) suministre nombre y teléfono

Médica Financiera

Comunicación vía E-mail: Suministrar correo

Médica Financiera

Cita

Recordatorio

Notificación

*Para que ocurra la comunicación vía E-mail. Por favor confirme la sección siguiente:

Text communication – Provide number *

Recordatorio de cita

* Para que ocurra la comunicación vía texto. Por favor confirme la sección siguiente:

Otro: _____

Entiendo que la comunicación vía **E-mail/Texto** no es enviada de forma encriptada por lo que existe el riesgo de que hubiese un acceso inapropiado. Confirmando que elijo recibir correo y/o texto como método de comunicación.

Foto del Paciente recibida por el paciente o representante legal.

Puede ser posteada en la oficina

Foto tomada por el Personal. (Ejemplo: pre/post procedimiento) Otro

Puede ser posteada en la página web

Otro: _____

Derechos del Paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo revisar o copiar la información de salud protegida a ser divulgada como fue descrito en este documento.
- La revocación no es efectiva en casos donde la información ya ha sido divulgada pero se hará efectiva en momentos posteriores.
- La información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser sujeta a revocación del receptor y puede que no esté protegido por las Leyes Federales.
- Tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no sea condicionando por su firma.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por el paciente.

Fecha _____

Firma del Paciente o Representante Legal

* Descripción del Representante del personal autorizado (Adjuntar información necesaria)



Para aceptar pagos de seguros, requerimos registro de una tarjeta de crédito/débito en el archivo de nuestra oficina.

Yo autorizo la oficina del Dr. C Ashely Mann y Asociados para mantener mi firma así como la cuenta tarjeta de crédito archivada. Recibirá una llamada para todos los saldos superiores a \$50.00 para solicitar su autorización antes de hacer algún cargo en su tarjeta. ***

Cualquier sobrepago a la cuenta será reembolsado a la mista tarjeta de crédito usada para el pago.

Yo asignaré mis beneficios del plan dental a los proveedores listados debajo. Entiendo que esta forma es válida a menos de que cancele la autorización a través de notificación y proporcione un método de pago alternativo por el monto comprometido. Entiendo que la información de esta tarjeta de crédito no será compartida con fuentes externas.

Nombre del Paciente: _____	
Nombre del Titular: _____	
Seleccione:	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> Otra
Número de tarjeta #: _____	Fecha de expiración: _____
Código CVV _____	Código Postal de Facturación: _____
Firma del titular: _____	Fecha: _____
Firma del testigo: _____	Fecha: _____

*** Si su balance excede los \$50.00 y ningún intento de pago ha sido realizado, este acuerdo autoriza a la oficina de Dr. C. Ashley Mann y Asociados a cargar el monto del balance adeudado a su cuenta después de los 60 días de retraso.