

**Kathleen A. Kasper D.D.S. P.A.**  
 1514 East Belt Line Rd. Suite 100  
 Carrollton, Texas 75006  
 T: 972-446-0101 Fax 972-446-0052  
 Correo Electronico: [ourteam@kathleenkasperdds.com](mailto:ourteam@kathleenkasperdds.com)  
[www.kathleenkasperdds.com](http://www.kathleenkasperdds.com)

### Informacion Personal

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Nombre que prefiere ser llamado: \_\_\_\_\_ Si es un menor, Padres \_\_\_\_\_  
 Escoja uno: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Genero: Masculino Femenino

Direccion de Casa: \_\_\_\_\_

Tel de Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Tel del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

### Informacion de quien le Refirio

Nombre de la persona que lo refirio a nuestra oficina: \_\_\_\_\_

#### Informacion de Empleo

Empleo: Tiempo completo Medio Tiempo Jubilado No trabaja

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Nombre de su empleador: \_\_\_\_\_

Direccion de trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono Central #: \_\_\_\_\_

### Informacion de su Seguro Dental

#### Seguro Primario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Direccion del Asegurado: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Relacion del paciente con el asegurado: Mismo Pareja Hijo Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

#### Seguro Secundario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Direccion del Asegurado: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Relacion del paciente con el asegurado: Mismo Pareja Hijo Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la compania \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

**Persona Financieramente Responsable:**      **Paciente**      **Asegurado**      **Padre**      **Otro:** \_\_\_\_\_

## Informacion Dental y Medica

La siguiente informacion es esencial para que esta oficina pueda proveer cuidado dental en una manera que sea compatible con el bienestar general de su salud. Su cooperacion al proveer informacion correcta es necesaria para satisfacer sus necesidades dentales de una manera eficaz y segura. Informacion incorrecta puede ser peligroso para su salud. Sus respuestas quedaran en nuestros archivos y son totalmente CONFIDENCIALES. Apreciamos su asistencia.

Nombre de su dentista anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima cita con el

Dentista: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo set de radiografias: \_\_\_\_\_ Cuantas le tomaron? \_\_\_\_\_

Tiene alguna de sus radiografias o documentos dentales? \_\_\_\_\_

### En lo que respecta a tratamiento dental previo, alguna vez ha...

Experimentado dificultad anesteciandose? Si / No \_\_\_\_\_

Se ha desmallado? Si / No por favor Explique \_\_\_\_\_

Ha experimentado alguna complicacion durante o despues de tratamiento dental? Si / No \_\_\_\_\_

Ha tenido experiencias desagradables donde el dentista? Si / No \_\_\_\_\_

Ha tenido complicaciones despues de extracciones dentales? \_\_\_\_\_

Prefiere usar el Oxido Nitroso (Gas de la Risa) durante procedimientos dentales? Si / No \_\_\_\_\_

Se le han movido sus dientes, o tiene espacios donde no existian? Si / No \_\_\_\_\_

Se le estan aflojando los dientes? \_\_\_\_\_

Esta usted satisfecho con la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

Que lo motivo a venir a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Si	No	Ha tenido o tiene actualmente...
		Enfermedad periodontal (enfermedad en las encias)?
		Alguna vez ha recibido tratamiento en sus encias? Por favor describa
		Le sangran las encias?
		Siente sabor desagradable en la boca? Describa
		Tiene mal aliento?
		Respira por la boca?
		Le han diagnosticado problemas en la articulacion de la mandibula (ATM)?
		Rechina o apreta los dientes?
		Le duelen los musculos de la mandibula?
		Usa algun protector bucal para no rechinar los dientes?
		Usa algun aparato de ortodoncia ( para los frenos)?
		Le dan Dolores de cabeza frecuentemente? Sabe si son migrañas?
		Que tan a menudo le dan los Dolores de cabeza?
		Tiene dolor en la mandibula cuando come? Hacen ruido sus mandibulas?
		Le duele al rededor de los oidos?
		Tiene ulceras en su boca?
		Le salen postemillas en la boca, lengua o labios?
		Tiene alguna inflamacion en el area de su cabeza o cuello?
		Siente ardor en su lengua o boca?
		Se muerde las unas, los cachetes o tiene algun otro habito oral?
		Tiene el gusto o sabor alterado? Por favor explique
		Tiene dificultad para tragar?
		Que tan seguido se cepilla los dientes?
		Que textura tiene su cepillo dental? Suave -Mediano -Duro
		Usa cepillo de dientes electrico o de bateria? Que tipo?
		Usa hilo dental? Que tan seguido?
		Usa limpiadores interdentales aparte del hilo dental? Si lo usa explique cual?
		Usa un Impulsador de agua?
		Usa tabletas o liquidos reveladores de placa?
		Usa enjuagues fluorados o productos que contienen fluor?

Si	No	Ha tenido o tiene actualmente...
		Frenillos (frenos) dentales?
		Tiene algun otro problema dental?
		Tiene problemas emocionales o psiquiatricos?
		Tiene alergia a algun medicamento? Si lo tiene por favor explique a cuales?
		Tiene alergia a algun anestesico dental? Si la tiene por favor describa
		Problemas de sinusitis? Toma medicamento para las alergias?
		Fuma cigarrillos / cigarro / o pipa? Cuantos al dia? Por cuantos anos ha fumado?
		Mastica tabaco o usa otro tipo de producto con nicotina?
		Enfisema pulmonar / dificultad para respirar?
		Tuberculosis?
		Otra enfermedad o problema pulmonar? Si la tiene por favor explique
		Asma? Que tipo de asma tiene?
		Usa un inhalador para su asma? Que tan seguido lo usa?
		Trajo su inhalador con usted? Que tipo de inhalador usa?
		Que le provoca el inicio de un ataque de asma?
		Ha tenido algun ataque de asma que no ha parado?
		Desorden o enfermedad en la sangre? Si lo tiene por favor explique que tipo?
		Anemia?
		Sangrado excesivo por una cortada / Cirugia / Extraccion Dental? Si le ha pasado, por favor explique
		Transfusion sanguinea (s)? Fecha(s)...
		Presion Alta o Baja??
		Dolor en el pecho o Angina? Si lo tiene, usa Nitroglicerina para controlar el dolor? Trajo su medicamento hoy?
		Toma medicina para ralear la sangre?
		Cirugia en el corazon? Fecha(s)...
		Ataque(s) en el Corazon (infarto)? Fecha(s)...
		Stent Coronario / Cirugia de Bypass? Por favor explique
		Soplo Cardiaco? Por favor explique
		Latidos del Corazon irregulares?
		Alguna vez ha tenido epilepsia o convulsiones? Por favor explique
		Que tipo de convulsions tiene?
		Cual es su Aura antes de una convulsion?
		Alguna vez ha tenido una convulsion que no se detuvo? Por favor explique

Si	No	Ha tenido o tiene actualmente...
		Alguna vez lo han hospitalizado debido a un ataque de epilepsia? Por favor explique
		Cuanto tiempo duran sus convulsiones?
		Alguna vez ha tenido un derrame cerebral? Fecha(s)...
		Problemas del sistema imunologico, Por favor explique
		Problemas con su Tiroides?
		Tiene Diabetis? Tipo I o tipo II ?
		Problemas en los riñones?
		Ha recibido Dialisis, Cuando?
		Ictericia, Hepatitis o enfermedad en su higado? Por favor explique
		Sindrome del Intestino Irritable, Colitis Ulcerativa o algun otro problema gastro intestinal? Por favor explique
		Problemas con su Vesicula Biliar? Por favor explique
		Enfermedades contagiosas? Por favor explique
		Tumores, Crecimientos o Cancers? Por favor explique
		Quimoterapia, Tratamiento de radiacion? Por favor explique
		Implantes o protesis en alguna parte de su cuerpo? Si lo tiene por favor explique donde?
		Le ha dicho su medico que necesita tomar antibioticos antes de ver al dentista? Por favor explique
		Lo han admitido al hospital o ha recibido tratamiento de emergencia en estos ultimos 2 anos? Por favor explique
		Esta bajo el tratamiento de algun medico? Por favor explique
		Cual es el nombre y numero de telefono de su medico?
		Por favor escriba la lista de medicamentos que usted esta tomando y la razon por la que toma cada uno de ellos
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
		Le ha indicado su medico que se mantenga lejos de algun aparato medico? Por favor explique
		Esta tomando anticonceptivos? Si los toma, por favor escriba el nombre del medicamento
		Esta embarazada o piensa que podria estar embarazada? Si lo esta, por favor diganos en que mes esta y el nombre Y numero de telefono de su Ginecologo.
		Tiene algun otro problema o condicion medica que no este en esta lista de preguntas que sea necesario clarificar?
		Por favor explique

Por favor denos el nombre y numero de telefono de su farmacia: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la informacion dada es correcta, y autorizo recibir tratamiento dental:

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Padre o guardian si es menor

\_\_\_\_\_

Fecha

Presion Arterial : \_\_\_\_\_ Pulso : \_\_\_\_\_

Notas de la Doctora :

# Kathleen A. Kasper D.D.S., P.A.

## AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR LA INFORMACION DE SALUD

### Parte A: Autorizacion del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### **Parte B: Al paciente---Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente**

**Proposito de la Autorizacion:** Al firmar este formulario, usted nos dara su autorizacion para nosotros usar y reveler su informacion protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para las operaciones de cuidados de salud.

**Aviso de las Practicas:** Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad antes de decidir si firmara esta Autorizacion. Nuestro Avizo provee una descripcion de su tratamiento, el procesamiento de pagos, las operaciones de cuidados de salud, de las maneras que usaremos y revelaremos su informacion protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su informacion protegida de salud. Una copia de nuestro Avizo acompana esta Autorizacion. Lo exhortamos a que lea cuidadosa y completamente antes de firmar la Autorizacion. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practices de privacidad como ha sido descrito en nuestro Avizo de Las Practicas de Privacidad. Si cambiamos nuestras Practicas de Privacidad, emitiremos un Aviso de las Practicas de Privacidad revisado, que contendra los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier informacion protegida de salud suya que tengamos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Avizo de las Practicas de Privacidad, incluyendo cualquier revision a nuestro Aviso, en cualquier momento comunicandose con:

**Persona de Contacto:** Kathleen Ann Kasper

**Telefono:** 972-446-0101 **Fax:** 972-446-0052

**Correo Electronico:** [exfiles11@aol.com](mailto:exfiles11@aol.com)

**Direccion:** 1514 East Belt Line Rd. Suite 100, Carrollton, Texas 75006

Yo \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de este formulario de Autorizacion y su Avizo de las Practicas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Autorizacion, estoy dando mi autorizacion para ustedes usen y revelen mi informacion protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, procesar los pagos y para las operaciones de los cuidados de salud.

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

Si esta Autorizacion esta firmada por el representante personal del paciente en representacion del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Derecho a Revocar:** Usted tendra derecho a revocar esta Autorizacion en cualquier momento sometiendones una notificacion por escrito de su revocacion a la Persona de Contacto que aparece en la parte superior. Por favor comprenda que la revocacion de esta Autorizacion no afectara ninguna accion que hallamos tomado contando con esta Autorizacion antes de recibir su revocacion, y que podemos declinar darle o continuar su tratamiento si revoca esta Autorizacion.

### **Revocacion de la Autorizacion**

Revoco mi Autorizacion para que ustedes puedan usar y reveler mi informacion protegida de salud para el tratamiento, procesar pagos, y las operaciones de cuidados de salud.

Entiendo que la revocacion de mi Autorizacion no afectara ninguna accion tomada por ustedes contando con mi Autorizacion antes de que ustedes hayan recibido por escrito este Avizo de Revacion. Entiendo ademas que ustedes pueden declinar tratarme o continuar tratandomme despues de que yo halla revocado mi Autorizacion.

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

**Kathleen Kasper D.D.S., .PA.  
1514 East Belt Line Rd. Suite 100  
Carrollton, Texas 75006**

---

**CONFIRMACION DE RECIBO DEL AVISO  
DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las practicas de privacidad de este consultorio.

Yo autorizo el uso de mis archivos dentales, citas y balances en mi cuenta a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Escriba Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**Para Uso Del Consultorio Solamente**

---

Intentamos recibir confirmacion por escrito del recivo de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmacion porque:

- El individuo rehuso firmar
  - Barreras en la comunicacion prohibieron obtener la confirmacion
  - Una situacion de emergencia nos impidio obtener la confirmacion
  - Otras (Especifique por favor)
-

**Kathleen Kasper D.D.S.  
1514 East Belt Line Rd. Suite 100  
Carrollton, TX 75006  
972-446-0101**

Con el Objectivo de incrementar eficiencia, reducir confusion y evitar que nuestras tarifas incrementen dramaticamente, todos los honorarios devén ser pagados en el momento que el servicio es prestado. Para su conveniencia aceptamos Visa, Master Card, American Express y Discover.

## **Cancelaciones En Menos De 24 hrs Y Citas Perdidas**

Favor de llamar con un minimo de 24 horas de anticipacion para cambiar o cancelar una cita. Entendemos que hay dias en que pueden haber conflictos o inconvenientes, pero nosotros hemos reservado este tiempo para USTED, por favor reservelo para nosotros. Habra un cobro de \$50 si pierde su cita o cancela en menos de 24 hrs. Si usted llega mas de 15 minutos tarde le cambiaremos su cita para otro dia y se le cobrara \$50. Si usted pierde mas de 3 citas consecutivas, usted tendra que confirmar su cita antes de 24 hrs, si no, se le dara su cita a otro paciente. Despues de 3 citas perdidas o despues de cancelar 3 citas sin anticipacion, nos reservamos el derecho a despedirle como nuestro paciente \_\_\_\_\_ (iniciales)

## Cheques Sin Fondo

Habrá un cobro de \$55 por cada cheque devuelto.

Un pago inmediato deberá hacerse, ya sea en efectivo o con tarjeta de crédito. \_\_\_\_\_(iniciales del paciente)

## **Pacientes Con Seguro Dental**

Nosotros preferimos que usted nos pague al contado los servicios prestados y que usted reclame los servicios a su seguro, pero como cortesía hacia usted nosotros reclamaremos los servicios electronicamente a su asegurador si usted llena los siguientes requisitos:

1. Debemos de poder verificar su cobertura con su compania aseguradora antes de su cita.
  2. Debe proveernos con una copia de su tarjeta de seguro dental.
  3. Si hemos hecho varios(2) atentos de cobro a su compania aseguradora y no recibimos pago o correspondencia por 60 dias, usted sera responsable por todos los cargos. Usted sera responsable de contactar y hacer arreglos o disputas con su compania aseguradora. Por cada mes que su cuenta tenga un balance se cobrarán \$10, y despues de 90 dias su cuenta sera enviada a colecciones. **\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente)**

## Asignacion De Seguro

## **Responsabilidad Financiera**

Yo entiendo que soy responsable por los cargos de los servicios prestados. Acuerdo a pagar por los cargos no cubiertos por el seguro. Estoy de acuerdo a pagar los cargos restantes de la aseguradora en 30 dias a menos que halla llegado a algun arreglo de pago.Yo tambien entiendo que si mi cuenta tiene un balance por mas de 90 dias sere enviado a una agencia de colecciones y sere responsable por todos los cobros de colecciones y/o cargos de abogado que acompañan tal accion. \_\_\_\_\_  
**(iniciales del paciente)**

## **Liberacion De Informacion Del Paciente**

Yo autorizo a la Dr. Kasper a que libere mi informacion medica o dental a la compania de seguro cuando sea necesaria para el pago de cobros por servicios prestados o estimaciones de tratamiento. **\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente)**

- ❖ Una copia de esta Política Financiera tendrá la misma validez que la original. He leído las polizas mencionadas. Las entiendo y acuerdo a obedecer las disposiciones.

Paciente o Tutor legal: _____	Firma _____	Fecha _____
Testigo: _____	Firma _____	Fecha _____