



**Reno Family Dental**  
**Jeffrey Meckfessel, DDS**

***Información de paciente***

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Marque apropiado: \_\_\_ Menor \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Separado(a)

***Quien es responsable por esta cuenta?***

Quien es responsable \_\_\_\_\_ Relación con el  
Por esta cuenta? \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Empleado \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

***Información de Seguro Dental***

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion de empleador \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro dental \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Cuanto es su Deducible? \_\_\_\_\_ Cuanto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

***Información de Seguro Dental adicional***

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion de empleador \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro dental \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Cuanto es su Deducible? \_\_\_\_\_ Cuanto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Habrà un cargo de \$50 para una cita perdida sin aviso de 24 horas.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Historia Clinica**

Razón de la visita de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al dentista \_\_\_\_\_

Nombre de dentista \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografías \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Tiene alguna de las siguientes? :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                          | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes     | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor     |
| <input type="checkbox"/> Sangra de las encías                 | <input type="checkbox"/> Dientes flojos          | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces |
| <input type="checkbox"/> Clics en la mandíbula                | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder    |
| <input type="checkbox"/> Recogida de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frio    | <input type="checkbox"/> Llagas en su boca         |

Con que frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_ Con que frecuencia se cepilla? \_\_\_\_\_

**Historia Medico**

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

Ha tomado usted alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen"? Esto incluye combinaciones de Lonimin, Adipex, Fastin, Pondimin y Redux? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Ha tenido alguna enfermedad grave u operaciones? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Fecha \_\_\_\_\_

(Mujeres) Sospecha usted que esta embarazada? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Ha tenido usted alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Escarlatina           |
| <input type="checkbox"/> Arteritis, Reumatismo         | <input type="checkbox"/> Tos persistente           | <input type="checkbox"/> Hipertensión            | <input type="checkbox"/> Carrera               |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón artificial | <input type="checkbox"/> Tos con sangre            | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificial     | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbular  | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral      |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal        | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda          | <input type="checkbox"/> Desmayo                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática     | <input type="checkbox"/> Tiroides              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre       | <input type="checkbox"/> Glaucoma                  | <input type="checkbox"/> La válvula mitral       | <input type="checkbox"/> Habito del tabaco     |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química           | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza         | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Tonsilitis            |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación      | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiacó            | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                 | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón     | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulcera                |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios       | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática        | <input type="checkbox"/> Venéreas Dx           |

**Medicamentos:**

Está tomando usted actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias:**

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

**AUTHORIZATION AND**

**RELEASE**

La información de arriba es correcta y complete, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Habrá un cargo de \$50 para una cita perdida sin aviso de 24 horas. Iniciales \_\_\_\_\_

# Reno Family Dental

---

Dr. Jeffrey Meckfessel  
5420 Kietzke Lane  
Suite 208  
Reno, NV 89511  
775-853-4242

## OFFICE POLICIES

### Please Initial

\_\_\_\_\_ I understand that Reno Family Dental calls to remind me of my appointment as a courtesy and that I will be billed \$50.00 for all missed appointments without giving at least a 24 hour notice.

\_\_\_\_\_ I understand that it is my responsibility to know and understand my insurance coverage and policy and agree to pay my co-payment at the time of service. I certify that the insurance presented today is in effect and that I am in good standing with them.

\_\_\_\_\_ I understand that Reno Family Dental is not a party to contract between me and my insurance, and if for any reason this office is not reimbursed by my insurance, the balance will be my responsibility.

\_\_\_\_\_ I understand that my insurance policy may not cover 100% of any or all services provided by Dr. Meckfessel and that I will be responsible for any balance due on my account.

\_\_\_\_\_ I understand that if I am a cash paying patient, all fees and services are payable at the time of service.

\_\_\_\_\_ I understand that it is my responsibility to inform this office of any changes in either my insurance or demographics in a timely manner.

\_\_\_\_\_ I understand that if I am more than 10 minutes late to my scheduled appointment my appointment may have to be rescheduled.

\_\_\_\_\_ I understand that if any personal checks I may write are returned for any reason I will be charged a \$25 fee to cover any bank charges.

\_\_\_\_\_ I understand that if my account is sent to collections an additional fee of 25% will be added on to cover the cost of the third party collection agency.

## Reno Family Dental

"Providing quality dentistry you can afford!"

Jeffrey Meckfessel DDS

---

### Privacy Practices Acknowledgment

#### Acknowledgement Form

I have received the Notice Of Privacy Practices and I have provided an opportunity to review it.

Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_