



# CAMEO ENDODONTICS

Richard A. Munaretto, DDS, MS  
Raymond F. Munaretto, DDS  
Rick A. Munaretto, DDS  
*Diplomate, American Board of Endodontics*

Keith Sommers, DDS  
Regina Rocha, DDS, MS  
Richard A. Kohn, DDS, MS

## Bienvenidos A Cameo Endodontics, Ltd.

## Formulario Médico 1

Por Favor Completé  
Los Dos Lados  
- Gracias

### Información Del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Por favor marque Uno:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciad  Separado

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mejor lugar donde  
le podemos llamar: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Empleado por: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Dentista que lo referio: \_\_\_\_\_

### Información Del Seguro Dental Principal:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Del Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Empleado por: \_\_\_\_\_

### Información Del Segundo Seguro Dental:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Del Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Empleado por: \_\_\_\_\_

Si Es Menor De Edad (Menor de 21 Años)

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Elmwood Park Office  
**Cameo Endodontics, Ltd.**  
7234 West North Avenue, Suite 202  
Elmwood Park, IL 60707  
T: (708) 456-7787  
F: (708) 456-2574

Berwyn Office  
**Cameo Endodontics, Ltd.**  
3116 Oak Park Avenue  
Berwyn, IL 60402  
T: (708) 484-9011  
F: (708) 484-9061

LaGrange Office  
**Cameo Endodontics, Ltd.**  
475 West 55th Street, Suite 208  
LaGrange, IL 60525  
T: (708) 579-0488  
F: (708) 579-0611

cameoendo@yahoo.com  
www.cameoendo.com



# CAMEO ENDODONTICS

Richard A. Munaretto, DDS, MS  
Raymond F. Munaretto, DDS  
Rick A. Munaretto, DDS  
*Diplomate, American Board of Endodontics*

Keith Sommers, DDS  
Regina Rocha, DDS, MS  
Richard A. Kohn, DDS, MS

## Formulario Médico 2

Por Favor Completé  
Los Dos Lados  
- Gracias

### Información Médica:

Si alguna vez ha tenido *(por favor circule Sí o No)*

Problemas de Corazon	Sí	No	Fiebre Reumatica	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	Asma	Sí	No
Presión Alta	Sí	No	Problemas de Tiroides	Sí	No
Problemas con el sistema nervioso	Sí	No	Anemia	Sí	No
Hemorragias Sanguinias	Sí	No	Hepatitis	Sí	No
Diabetis	Sí	No	Sida	Sí	No

¿Está actualmente tomando o a tomado medicamentos disphosphonate, tales como Actonel, Fosomax, o Zometadentro de los pasados doce años? Sí No

¿Ha tenido un reemplazo de caderas, conjunturas, o vagulas sanguinias?  
En caso afirmativo ¿cuando? \_\_\_\_\_ Sí No

¿Le ha recomendado su medico que se tome un antibiotico antes de las citas dentales por cualquier razon? Sí No

¿Ha tomado medicinas para su corazón o alta presión? Sí No

¿Está tomando alguna clase de medicina, droga, alcohol, o pildora por alguna razon?  
En caso afirmativo ¿que esta tomando? \_\_\_\_\_ Sí No

¿Es alergico a alguna medicina, droga, o comida?  
En caso afirmativo ¿a que es alergico? \_\_\_\_\_ Sí No

¿Es alergico a alguna anestesia local? Sí No

¿Es alergico a goma de latex? Sí No

¿Ha estado bajo el cuidado de un medico a traves del pasado año?  
Nombre del medico \_\_\_\_\_ Sí No

¿Hay alguna condición de su salud que el doctor deberia saber?  
Si afirmativo ¿cual es? \_\_\_\_\_ Sí No

¿Ha recibido un tratamiento radicular de canales antes? Sí No

**Mujeres:** esta usted embarazada o dando de amamantando? Sí No

Con lo mejor de mi conocimiento, certifico que estos datos pertenecientes a mi salud estan correctos.

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

Elmwood Park Office  
**Cameo Endodontics, Ltd.**  
7234 West North Avenue, Suite 202  
Elmwood Park, IL 60707  
T: (708) 456-7787  
F: (708) 456-2574

Berwyn Office  
**Cameo Endodontics, Ltd.**  
3116 Oak Park Avenue  
Berwyn, IL 60402  
T: (708) 484-9011  
F: (708) 484-9061

LaGrange Office  
**Cameo Endodontics, Ltd.**  
475 West 55th Street, Suite 208  
LaGrange, IL 60525  
T: (708) 579-0488  
F: (708) 579-0611

cameoendo@yahoo.com  
www.cameoendo.com



Por Favor Completé  
Los Dos Lados  
- Gracias

### Tarifas Fijas:

Nuestros Precios Usualmente Son:	Dientes de enfrente	\$950.00 ó más
	Biscupide (Dientes del medio)	\$1,050.00 ó más
	Muelas (Dientes de atras)	\$1,150.00 ó más
	Consulta	\$95.00
	Retratamiento	costo adicional

Estos precios no incluyen la restauración final que sera hecha por su dentista principal. Al terminar el tratamiento radicular de canales se le pondra un empaste temporal. Usted es responsable de hacer la cita con su dentista principal al terminar su tratamiento en nuestro consultorio. **Hay un cargo de \$45.00 para todas las citas canceladas.**

### Nuestro Pólisa Financiera:

#### Pagos Con Seguro Dental

Con mucho gusto mandaremos la factura a su seguro dental. Si requeremos que nos provee con suficiente información para mandar la factura a su seguro dental. **Cualquier información de beneficios que adquerimos de su seguro es solamente un estimado y es solamente hecha como una cortesía.** Pagar el balance en su cuenta es su responsabilidad. Requeremos que su porción estimada sea pagada el día en que el tratamiento es terminado. Le mandaremos una factura ó reembolso cuando su seguro envíe el pago, si hay alguna diferencia.

#### Pagos Sin Seguro Dental

Pedimos que la factura en su totalidad sea pagada el día que el tratamiento es terminado. Si el tratamiento es hecho en dos citas 50% de la factura es requerido el día en que el tratamiento se comienze y la otra porción la siguiente cita.

#### Todos los pacientes por favor lea y firme lo siguiente:

IHe leído y entiendo la pólisa financiera. Autorizo que cualquier información pertinente al servicio sea entregada a mi compañía de seguro. Autorizo que los pagos sean hecho directamente al dentista. Estoy atento que cualquier balance que no haya sido pagado cuando mi tratamiento el terminado esta sujeto a un cargo financiero al 18%. Cualquier cargos de colección por cuentas delinquentes es la responsabilidad del paciente, cargos equivalen a 1/3 del balance.

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

#### Metodos de Pagos

Ofrecemos la opción de dejar el numero de su tarjeta de crédito en nuestro sistema. Mandaremos la factura a su compañía de seguro y despues aplicaremos el balance a su tarjeta despues que el seguro haya pagado. Si esta interesado por favor llene lo siguiente:

Visa       Mastercard      Numero de Tarjeta:

Discover       American Express      Fecha de exp.   /        Signature code: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Cameo Endodontics que procese el cargo a mi tarjeta de credito.

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