

FORMULARIO DE PACIENTE NUEVO

Nombre _____ Apellido _____ Segundo nombre _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ SS# _____
 Email _____ Cel (____) _____ Trabajo (____) _____
 Nombre de empresa/trabajo _____ Profesión _____
 Contacto de emergencia _____ Cel (____) _____ Relación con la paciente _____

Si es menor de 18 años, responsable de la cuenta:

Nombre _____ Apellido _____ Segundo nombre _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ SS# _____
 Email _____ Cel (____) _____ Trabajo (____) _____

¿Como supiste de nosotros? Marque todo lo que corresponda: Internet Familia o amigo Doctora Seguro
 Facebook/Instagram Magazine/Revista Otra _____

Fecha aproximada de la última visita al dentista _____; ¿Alguna vez ha tenido una mala experiencia dental? S N

Motivo de su visita con nosotras hoy: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Primario

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Compañía de seguro _____ ID # _____ Tel _____

Secundario

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Compañía de seguro _____ ID # _____ Tel _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Estamos felices de presentar cualquier seguro dental; sin embargo, es responsabilidad del paciente cualquier saldo no pagado por su seguro. Si no se proporciona la información del seguro, el pago de los servicios vence en el momento en que se prestan los servicios. Las formas de pago aceptadas son Visa, MasterCard, Discover, efectivo y cheque. Cualquier saldo impago de más de 30 días está sujeto a un cargo por financiamiento del 1.5 % mensual. Cualquier saldo impago de más de 90 días está sujeto a ser entregado a un agente de cobranza junto con una tarifa de cobranza del 35% y una tarifa postal de \$10. Si se requiere una acción legal en una cuenta, se aplicará un cargo de \$50. Al firmar este formulario, doy mi autorización para proporcionar la información requerida a mi proveedor de seguros y asignar beneficios a esta oficina. Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y acepto la responsabilidad financiera por cualquier saldo adeudado en mi cuenta.

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha _____

DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Me han ofrecido o recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la oficina y se me ha dado plena oportunidad de leer y considerar el contenido. También entiendo que su oficina no podrá presentar ningún reclamo de seguro a menos que se firme este consentimiento.

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha _____

Formulario de Historial de Salud

- ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No If Si, _____
- ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Sí No If Si, _____
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No If Si, _____
- ¿Está tomando algún medicamento, píldora o droga? Sí No If Si, _____
- ¿Estás en una dieta especial? Sí No If Si, _____
- ¿Usas tabaco? Sí No If Si, _____
- ¿Está usted en un régimen de aspirina? Sí No If Si, _____
- ¿Es necesario estar premedicado? Sí No If Si, _____

Mujeres:

- ¿Embarazada / tratando de quedar embarazada? Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Alergia a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Medicamentos de sulfá Anestésicos locales
- Otra _____

Ha tenido o tiene usted alguna de las siguientes?

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|-------------------------------|---|
| SIDA / VIH positiva | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Epilepsia o Convulsiones | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Leucemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| enfermedad de alzheimer | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sangrado excesivo | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión arterial baja | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sed excesiva | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Angina de pecho | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Desmayos/Mareos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Artritis / Gota | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | dolores de cabeza | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Atención mental/psiquiátrica | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Válvula de corazón artificial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tos frecuente | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Articulación Artificial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Glaucoma | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tratamientos de radiación | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Asma | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre del heno | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dialisis renal | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de la sangre | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis A | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre reumática | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis B or C | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reumatismo | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Problemas respiratorios | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hemofilia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Escarlatina | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Moretones frecuentes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problema sinusal | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cáncer | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Alta presión sanguínea | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Carrera | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Chemotherapy | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Colesterol alto | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tuberculosis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Urticaria o sarpullido | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tumors or Growths | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| herpes labial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hipoglucemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Osteoporosis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Infarto de miocardio | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolor de mandíbula | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Medicina de cortisona | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Soplo cardíaco | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Úlceras | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Diabetes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |
| Drogadicción | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Marcapasos cardíaco | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |
| Ahogamiento frecuente | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ritmo cardíaco irregular | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |
| Enfisema | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de riñón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No If Si, _____

Es de mi entendimiento, las preguntas de este formulario, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor:

X _____ Fecha _____