

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

CONOCIENDO A USTED COMO NUESTRO PACIENTE

Nombre de paciente	Numero de seguro social	Numero de teléfono ( )
Domicilio	Ciudad, Estado, Zona postal	Fecha de nacimiento / /
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de licencia de conducir y estado
Compañía de seguros: Primaria Compañía de seguros: Secundaria	Numero de grupo: Numero de grupo:	Subscrito: Subscrito:

**Persona Responsable:**

Nombre	Numero de seguro social	Numero de Teléfono ( )
Domicilio	Ciudad, Estado, Zona postal	Fecha de nacimiento / /

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Parentesco con el paciente:	Numero de licencia de conducir y estado
---	-----------------------------	---

Lugar de empleo	Ocupación	Numero de teléfono (trabajo) ( )
-----------------	-----------	-------------------------------------

Domicilio de trabajo	Ciudad	Estado Zona Postal
----------------------	--------	--------------------

Nombre de Esposo(a)	Numero de seguro social	Fecha de nacimiento / /
---------------------	-------------------------	----------------------------

Lugar de empleo de esposo(a)	Ocupación de esposo(a)	Numero de teléfono de trabajo (esposos)a ( )
------------------------------	------------------------	---

Domicilio de trabajo de esposo(a)	Ciudad	Estado Zona Postal
-----------------------------------	--------	--------------------

**¿Como se enteró de esta Oficina?**  
(marque sólo uno)

Referido por un amigo  Postal o Carta  Red Social (directorio o publicidad)  Plan de Seguro  Feria de Salud / Evento Comunitario

Otro \_\_\_\_\_  Television / Comercial de Radio  Periódico / Anuncio de Revista  Descuento remitente (es decir, Valpak)

Conduciendo por oficina / Señalización

¿Quién seleccionó esta oficina?  Yo  Cónyuge  Padres  Empleador

Si has sido referido, a quien le podemos agradecer por su referencia \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

Contestare todas las preguntas acerca de mi salud lo mejor de mi habilidad. \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

Después de la explicación del doctor de los procedimientos a que seré sometido, yo por medio de esta autorizo todos los procedimientos de los servicios dentales al paciente nombrado arriba y cualquier procedimiento que el doctor a su juicio determine en orden de cumplir con las necesidades dentales del paciente. También autorizo el uso de cualquier anestesia y rayos x que puedan ser necesarios o el doctor estime conveniente.

_____ *Firma	_____ Fecha	_____ Parentesco con el paciente
-----------------	----------------	-------------------------------------

**Términos y condiciones**

Esta oficina depende principalmente en cobrar al paciente los costos incurridos en su cuidado dental. La responsabilidad financiera de cada paciente tiene que ser determinado antes del tratamiento. Como una condición de tratamiento puesto por esta oficina yo entiendo que los arreglos de pago serán hechos de adelantado. Todo tratamiento de emergencia o cualquier tratamiento dental dado sin arreglo por adelantado tendrán que pagarse ese mismo día. Entiendo que los servicios dentales que se me ha dado son cobrados directamente a mi y yo soy responsable de pagar. Si yo muestro mi plan de seguros yo entiendo que esta oficina me ayudara llenar las formas como una cortesía para que puedan mandar cobrar a mi plan seguros para pagar por mis servicios y serán acreditados a mi cuenta dental. Sin embargo esta oficina no atenderá a nadie suponiendo que el plan de seguros pagara los honorarios.

**Asignación de plan de seguros:** Yo autorizo que mi información sea revelada y autorizo que mi plan de seguro pague los honorarios directamente a la oficina dental por los beneficios debidos a mi por la póliza de mi plan. Entiendo que el costo estimado alisto para el cuidado dental solo puede ser extendido por 90 días desde el día que fui examinado. Entiendo y estoy de acuerdo de que en el caso de que yo o esta oficina comience cualquier procedimiento legal con respecto a cualquier cantidad de dinero que yo deba por tratamiento que yo recibí la parte ganadora será responsable en pagar todos los gastos incurridos en dicho procedimiento legal, incluyendo los honorarios razonables de abogados. Doy permiso a esta oficina o la persona asignada para que me llamen por teléfono a mi casa o a mi lugar de empleo para tratar asuntos relacionados con esta forma.

Cual es la razón de su visita? (por ejemplo: dolor, examen, etc.) \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita \_\_\_\_\_

Razón por escoger otro dentista: \_\_\_\_\_

Ha tenido problemas con tratamientos dentales? \_\_\_\_\_

Siente nervios al ser atendido por un dentista?  Si  No Si su repuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes? \_\_\_\_\_ Usa hilo dental?  Si  No

Cuántas veces? \_\_\_\_\_

(por favor circule uno que aplique)

- |  |  |
|--|--|
| Si No Aprieto o rechino los dientes durante el día o cuando duermo | Si No Mis encias se sienten sensibles y inflamadas |
| Si No Me sangran las encias cuando me cepillo o uso hilo dental.   | Si No Tengo dificultad para comer                  |
| Si No Quisiera mejorar mi sonrisa                                  | Si No He tenido ortodoncia                         |
| Si No Prefiero que cubran mis caries con color natural del diente. | Si No Quiero enderezar mi dientes                  |
| Si No Evito cepillarme cierta parte de mi boca por dolor.          | Si No Quiero mis dientes mas blancos               |

Cuales son sus prioridades? \_\_\_\_\_

(por ejemplo: apariencia, salud dental consideración financiera etc.)

Yo Considero que mi salud es (por favor marque uno):  Excelente  Buena  Regular  Pobre **Historia medica del paciente**

**Tiene usted o ha tenido cualquier de lo siguiente? Por favor marque S para si N para no**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. S N Enfermedad del corazón   | 25. S N Enfermedad de hígado                                  | 39. S N VIH   |
| 2. S N Soplo de corazón/Pro-lapse de la válvula Mitral  | 26. S N Ictericia   | 40. S N SIDA  |
| 3. S N Embolia cerebral   | 27. S N Hepatitis Tipo _____                                  | 41. S N Desorden inmunológico                       |
| 4. S N Enfermedad de corazón hereditarias   | 28. S N Diabetes  | 42. S N Perdida Auditiva                            |
| 5. S N Fiebre reumáticas  | 29. S N Orina excesiva/sed excesiva                           | 43. S N Desmayos                                    |
| 6. S N Marcapasos cardiaco  | 30. S N Mononucleosis/mono                                    | 44. S N Glaucoma                                    |
| 7. S N Stent de arteria coronaria   | 31. S N Herpes  | 45. S N Historia de desordenes nervioso/emocionales |
| 8. S N Presión de sangre que no es normal   | 32. S N Artritis  |   |
| 9. S N Anemia   | 33. S N Enfermedad transmitida sexualmente/enfermedad venérea |   |
| 10. S N Malestar de sangrado prolongado   | 34. S N Enfermedad de riñones                                 |   |
| 11. S N Tuberculosis/enfermedad de pulmón   | 35. S N Tumor/maligno   | <b>Mujer:</b>                                       |
| 12. S N Asma  | 36. S N Cáncer/Quimioterapia                                  | 46. S N Esta usando anticonceptivos                 |
| 13. S N Fiebre del Heno   | 37. S N Radiación/Terapia                                     | 47. S N Esta embarazada o esta dando pecho          |
| 14. S N Problemas de sinusitis  | 38. S N Historia de adicción a las drogas                     |   |
| 15. S N Epilepsia/convulsiones  |   |   |
| 16. S N Ulceras   |   |   |
| 17. S N Implantes artificiales coyunturas: _____ cadera/rodillas _____ Otras _____  |   |   |
| 18. S N Fumo o mastico tabaco? Si la respuesta es si cuantos por día? _____ Cuantos años que fumar? _____                               |   |   |
| 19. S N He consumido alguna bebida alcohólica en las 24 horas.  |   |   |
| 20. S N Acostumbro tomarme un antibiótico antes de tratamiento dental.  |   |   |
| 21. S N Ha tomado usted alguna vez fen-phen o redux   |   |   |
| 22. S N Toma o ha tomado Bifosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel, Aredia, Zometa, etc.) para la osteoporosis o cualquier otra condición? |   |   |
| 23. S N He tenido una cirugia mayor Año _____ Tipo de cirugia _____ Año _____ Tipo de cirugia _____                                     |   |   |
| 24. S N Tiene usted cualquier otro problema medico o historia medica no mencionada aquí? _____  |   |   |

Notas para el Doctor Solamente:

**Usted esta alérgico a cualquiera de lo Siguiete? Por favor ponga un circulo Si o No** *Por favor enliste todos las medicamentos que actualmente esta tomando:*

- |  |  |
|--|--|
| 48. S N Aspirina                         | Medicamento _____ Condición _____                |
| 49. S N Ibuprofeno                       | Medicamento _____ Condición _____                |
| 50. S N Sulfa drogas/Sulfitos/Sulfuros   | Medicamento _____ Condición _____                |
| 51. S N Penicilina                       | Medicamento _____ Condición _____                |
| 52. S N Codeina                          | Medicamento _____ Condición _____                |
| 53. S N Látex, Metales, Plástico         | Nombre de Doctor _____ Num de telefono ( ) _____ |
| 54. S N Anestesia Local (Novacaina)      | Domicilio _____ Fax _____                        |
| 55. S N Otros medicamentos cuales _____? |  |

**En Caso de una emergencia por favor de llamar:**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Num de telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Num de telefono \_\_\_\_\_

Salud medica y dental inicial revisado por:

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Firma de doctor Fecha Firma de paciente Fecha*

Periódico de salud médica / dental revisado por:

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Firma de doctor Fecha Firma de paciente Fecha*

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Firma de doctor Fecha Firma de paciente Fecha*

Si el paciente es menor de edad, firma de Guardián es requerida