

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____
 Selecciona: Hombre _____ / Mujer _____ Casado /a: _____ Soltero /a: _____
Seguro Social #: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
 Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Cellular): _____ Casa Trabajo Cell
 Dirección Email: _____
Dirección: _____
 Calle: _____ Departamento # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Historia Dental

¿Tiene algún problema con sus dientes? Explique: _____
 ¿Tuvo exámenes dentales en forma rutinaria? _____ Fecha de la última visita: _____
 ¿Se cepilla y usa hilo dental todos los días? _____
 ¿Piensa que tiene carie o enfermedad de las encías? _____
 ¿Sus encías sangran? _____
 ¿Le gusta su sonrisa? ¿Porque? _____
 ¿Se le queda comida entre los dientes? ¿Tiene dientes flojos? _____
 ¿Quisiera conservar sus dientes? _____
 ¿Tiene ruidos o molestias en la articulación? ¿Usted cruje o refriega los dientes? _____
 ¿Ha tenido experiencias siempre positivas con su dentista anterior? _____
 ¿Fuma o masca? ¿Tiene úlceras o tumores en su boca? _____
 ¿Nombre del dentista anterior? (Opcional) _____
 Fecha de su última radiografías que ha tenido de toda la boca: _____

Historia Medica

Ha tenido alguna vez estas enfermedades? Marque todo lo que se aplica:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problema de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Moretones frecuentes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enf. De los riñones | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Irregularidad del corazón | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Desmayos/ Mareos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho / angina | <input type="checkbox"/> Sangramiento | <input type="checkbox"/> Radiación | <input type="checkbox"/> Enf. Tiroides / paratiroides | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Ataque/ Insuficiencia | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Artritis / gota | <input type="checkbox"/> Tumores/ Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enf. de estomago / intestinos | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Ansiedad / Nervios |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Dolor en articulación de la boca | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Toma cortisona | <input type="checkbox"/> Alzheimer's |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial | <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Alergia a remedios |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Alergia a polvo / polen |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sed frecuente | <input type="checkbox"/> Sida / HIV | <input type="checkbox"/> Urticaria / Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Asma / alergias | <input type="checkbox"/> bajo azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Toma remedios |
| <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Embarazos | <input type="checkbox"/> Enf. Del hígado | <input type="checkbox"/> úlceras/ herpes (boca / labios) | |

- ¿Ha tenido problemas después de recibir tratamiento dental? Si No
Explique: _____
- ¿Se ha hospitalizado o ha tenido una operación? Si No ¿Trauma de Cabeza? Si No
Explique: _____
- ¿Actualmente, esta bajo tratamiento medico? Si No
Explique: _____
- Nombre de su medico: _____ Teléfono: _____
- ¿Que remedios toma? _____
- ¿Tiene alergia a alguno de estos remedios? Por favor marque:
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metales Látex Otros: _____
- Para Mujeres: ¿Esta embarazada? Si No
- ¿Tiene algún otro problema que crea ser importante mencionar? Si No
Explique: _____

Toda la información dada es correcta y verdadera, sin omisiones. Cualquier cambio de salud en el futuro será informado al dentista en mi próxima visita conforme sea necesario.

Fecha: _____

Firma del paciente , padre, madre o guardián legal o tutor

Información sobre Recomendación

¿A quien debemos agradecerle por haberle recomendado nuestra practica? Website Website de seguro Paginas amarillas Qwest Dex Revista Gilbert Lifestyle Catholic Sun Escuela Trabajo Carta Postal Otro _____

Nombre de la persona que le recomendó nuestra practica odontológica: _____

Pariente o persona responsable de pago

Pertinente a: Esposo /a del paciente Persona responsable del pago

Nombre: _____

Hombre Mujer Casado Soltero Hijo Otro _____

Seguridad Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext. : _____ Mejor hora para llamar: _____

Dirección: _____

Calle _____ Departamento # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACION SOBRE SU EMPLEO

Pertinente a: Paciente Persona responsable del pago

Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad, Estado Código postal _____ Teléfono _____

Información sobre su seguro

Primario

Nombre del asegurado: _____ ¿Es asegurado el paciente? Si No

Fecha de nacimiento _____ ID #: _____ Grupo _____

Dirección _____

Ultimo _____ Primero _____ Inicial _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleo del asegurado: _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con paciente Hijo /a Otro _____

Nombre del plano de seguro: _____

Dirección: _____

Secundario

Nombre del asegurado: _____ ¿Es asegurado el paciente? Si No

Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección del asegurado: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de trabajo del asegurado: _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación del asegurado con paciente: propio Esposo /a Hijo /a Otro _____

Nombre del plano de seguro: _____

Dirección: _____

Consentimiento para Tratamiento

Es condicional para tratamiento en esta practica, que un acuerdo financiero se haga antes de iniciar tratamiento. La practica depende de su pago para cubrir el costo de su tratamiento y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento.

Todo servicio de emergencia, o cualquier tratamiento dental o consulta, otorgado sin un arreglo financiero antes de tratamiento debe ser pago al momento del servicio.

Pacientes con seguro dental deben entender que todos servicios dentales son cobrados directamente al paciente y que el o ella es directamente responsable del pago de todos los servicios otorgados. La practica ayudara al paciente con los debidos formularios y asistirá al paciente en la cobranza del reembolso del seguro y acreditara el crédito a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta practica no otorgara servicios bajo la suposición que nuestros servicios serán pagos por su seguro odontológico.

Un costo de servicio de 1½% por mes (18% anual) será adicionado a todas las cuentas atrasadas pasando los 60 días, a menos que pasados acuerdo financieros echo en escrito se cumplen.

Entiendo que el costo estimado del tratamiento es valido por un periodo de seis meses partir de la fecha del examen dental.

En consideración al servicio profesional otorgado a mi persona, o a mi pedido, por el doctor, estoy de acuerdo a pagar el costo de los servicios al Doctor, o su asignado, al momento que los servicios son otorgados, o dentro de cinco (5) días de la factura en caso que crédito es extendido. También estoy de acuerdo que precio razonable de dichos servicios serán cobrados a menos que objetados, por mí, por escrito, dentro del tiempo otorgado para pago. Estoy también de acuerdo que la renuncia de cualquier violación a cualquier momento o condición en virtud de esto no constituirá anulación de adicionales condiciones y además estoy de acuerdo a pagar todos los costos y un razonable costo de servicios de abogado caso acción judicial o demanda es necesaria.

Otorgo permiso a usted o a sus asignados, para llamar por teléfono a mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.

He leído las condiciones de tratamiento y pago mencionadas arriba y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del paciente, padre /madre o guardián legal o tutor _____ Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del garante de pago /persona responsable de pago _____ Fecha: _____ Relación con el paciente: _____