

# Mona Lisa Dental

## Información del Paciente

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Selecciona: Hombre \_\_\_\_\_ / Mujer \_\_\_\_\_ Casado /a: \_\_\_\_\_ Soltero /a: \_\_\_\_\_  
**Seguro Social #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular) : \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Cell  
Dirección Email: \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ Departamento # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
**Lugar de trabajo:** \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección trabajo: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad, \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## 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"/> Anticoagulante/medic	<input type="checkbox"/> Radiación	<input type="checkbox"/> Enf. Tiroides / paratiroides	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Ataque/ Insuficiencia	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<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"/> Perdida 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 medicinas
<input type="checkbox"/> Presión baja	<input type="checkbox"/> Embarazos	<input type="checkbox"/> Enf. Del hígado	<input type="checkbox"/> úlceras/ herpes (boca / labios)	<input type="checkbox"/> osteoporosis medicina

- ¿Usted Fuma  masca tabacco  vape  usa Marihuana  usa Nicotine pouch  consume alcohol  ?
- ¿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 medicina 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 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: \_\_\_\_\_

### Esposa, padre/madre o guardián legal

Pertinente a:  Esposo /a del paciente  Madre o padre del paciente  guardián legal del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Hombre  Mujer  Casado  Soltero  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Departamento # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE SU EMPLEO

Pertinente a:  Paciente  Persona responsable del pago

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado Código postal Teléfono \_\_\_\_\_

### Información sobre su seguro

#### Seguro Primario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ ¿Es asegurado el paciente?  Si  No  
Ultimo Primero Inicial

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

#### Seguro Secundario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ ¿Es asegurado el paciente?  Si  No  
Ultimo Primero Inicial

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 acreditará 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 austros relacionados con este formulario.

Otorgo permiso a usted o a sus asignados, para completar un examen dental y quitar radiografias necesario, Si soy diagnosticado para tener limpieza regular autorizó la limpieza y tratamiento presentado en el plan de tratamiento.

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre /madre o guardián legal o tutor y persona responsable de pago