

Informacion del paciente

Fecha de hoy _____ Nombre _____
 Fecha da nacimiento ___ / ___ / ___ Lugar de nacimiento _____
 Numero de seguro social _____ - _____ - _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ estado _____ zip _____
 Teléfono _____ Teléfono celular _____ E-mail _____
 Quien lo refirio o como supo de nuestra oficina? _____

Circule la resputa apropiada:

Menor, Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado

Nombre de quien lo emplea _____
 (si es un menor, nombre de la firma para quien los padres trabajan) _____
 Ocupacion _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono (trabajo) _____
 Nombre de la esposa (esposo) o de los padres si es un menor _____
 Nombre de la firma para quien trabaja la esposa(esposo) _____
 Direccion _____ ciudad _____ estado _____ zip _____ Teléfono _____
 Si es usted un estudiante universitario, cual es el nombre de la universidad que
 asiste? _____ Que estudia? _____

Persona responsable por los pagos

Nombre _____ relacion al paciente _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____
 Numero de licencia conducir _____ Numero de seguro social _____ - _____ - _____
 Fecha da nacimiento ___ / ___ / ___
 Nombre de quien lo emplea _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

HISTORIA DENTAL

Razón por la visita de hoy _____
 Nombre de su dentista anterior _____
 Fecha de su última visita al dentista _____
 Fecha de su última radiografía dental _____

MARQUE SI HA TENIDO PROBLEMA CON CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:

___ Mal aliento
 ___ Sensibilidad a comidas o bebidas frías
 ___ Dientes flojos o rellenos dañados
 ___ Crujir los dientes
 ___ Encias que sangran
 ___ Sensibilidad a comidas o bebidas dulces

- Tratamiento de las encías Dislocación de la mandíbula
 Sensibilidad a comidas o bebidas calientes Acumulación de comida entre los dientes
 Llagas u otros problemas

Esta usted interesado en tener dientes más blancos? _____
 Esta usted interesado en productos que mejoran el mal aliento? _____
 Cuántas veces al día se cepilla ud. los dientes? _____
 Cuán a menudo se pasa el hilo dental? _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre de su médico _____
 Fecha de su última visita al médico _____

PARA MUJERES SOLAMENTE:

Está usted embarazada? Si No
 Si tiene bebé, le da de lactar? Si No
 Toma ud. pastillas para el control de embarazo? Si No

MARQUE SI USTED TIENE O HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas por conducto sexual | <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión baja |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire al respirar | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> HIV positivo | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problema con los riñones | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Quemoterapia | <input type="checkbox"/> Radiación para el cancer |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiatricos | <input type="checkbox"/> Murmullo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Reciente perdida de peso | <input type="checkbox"/> Hábito de fumar |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Úlcera digestiva | <input type="checkbox"/> Problemas con la circulación |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial del corazón | <input type="checkbox"/> Inclinación de la válvula mitral del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |

Está usted bajo tratamiento medico actualmente? Si No

Si la respuesta es "si", por favor describa brevemente: _____

ALERGIAS

Es usted alérgico o ha tenido reacción a alguno de lo siguiente:

_____ Anestesia local
_____ Yodo
_____ Calmantes
_____ Aspirina
_____ Otra medicina

_____ Sedativos
_____ Drogas de sulfa
_____ Penicilina
_____ Otros antibióticos

MEDICINAS

Liste las medicinas que usted está
recibiendo al presente:

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a mi compañía de seguro para que pague al dentista todos los beneficios acordados por servicios realizados por el dentista. Yo autorizo el uso de esta firma mía en todos los documentos sometidos a la compañía de seguro. Yo autorizo al dentista para dar a la compañía de seguro toda la información necesaria para obtener el pago de los beneficios. **Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los gastos incurridos sean o no sean pagados por la compañía de seguro.**

Firma en la oficina

Bienvenido a nuestra oficina! Es nuestro deseo que usted se sienta satisfecho con nuestro trato y nuestros servicios. Déjenos saber de que manera podemos mejorar.

Seguidamente hay ciertas regulaciones que tenemos que mencionar:

1) Por favor notifique a la oficina con 24 horas de anticipación si le es imposible asistir el día que reservo su cita. Porque ese tiempo fue reservado para usted, si ud. No nos notifica, o nos notifica el mismo día, ese tiempo es para nosotros un tiempo totalmente perdido y durante el pudieramos atendaer otros pacientes cual. Es por esta razón que si usted no nos notifica con adecuada anticipación de 24 horas, tendremos que cobrarle una penalidad de \$ 40.00. Generalmente esta penalidad no se aplica hasta la segunda vez que cancele o no venga.

2) Todos los pagos se deben el mismo día en que los servicios son rendidos, Puede ud pagar al contado, con cheque personal local, con tarjeta de crédito y también con planes de pago extendidos.

***Los arreglos para pagos extendidos deben hacerse antes que comiencen los servicios.**

3) Hay una penalidad de \$35.00 por cheques devueltos por falta de fondos.

4) Es la responsabilidad del paciente pagar lo que la compañía de seguro no cubra. Cualquier balance que quede después de que la compañía de seguro termine de procesar su reclamación y cualquier otro balance acumulado, nuestra oficina le dará 45 días para pagarlo. Si ud. No paga el balance en este tiempo, nuestra oficina le entregara su cuenta a una Agencia de Cobros. En adición al balance que ud. Debe, también se le agregara la cuota que cobre la Agencia de Cobros.

5) Ofrecemos un descuento de 5% por nuestros honorarios por casos mayores, en exceso de \$500.00, pagados por anticipación.

Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las regulaciones mencionadas.

Firma en la oficina