

INFORMACION DEL PACIENTE

*Fecha..... *Nombre.....
Apellido Nombre Segundo Nombre

*Prefiero Que me llamen..... *Nombre de Esposo(a)/Guardián/Padres.....

*Numero de Seguro Social..... * Fecha de Nacimiento.....

*E-Mail.....

*Sexo: Masculino Femenino Soltero/a Casado/a Pareja Divorciado Separado Menor

*Dirección..... # de Apto..... *Numero de Celular.....

*Ciudad..... *Estado..... *Código Postal..... *Numero de Telefono.....

*Empleador..... *Numero del Empleador.....

*Dirección del Empleador..... *Ocupación.....

*A quien damos gracias por referirlo?.....
 Directorio Tarjeta por correo Paso por la oficina Referencia de su seguro Otro

*En caso de emergencia, a quien contactar?..... Telefono..... Parentesco.....

SEGURO PRIMARIO

SEGURO ADICIONAL

*Nombre del empleado.....

*Parentesco Con el Paciente.....

*Fecha de Nacimiento.....

*Numero de Seguro Social.....

*Empleador.....

*Nombre del Seguro.....

*Numero de Teléfono.....

*Nombre del empleado.....

*Parentesco Con el Paciente.....

*Fecha de Nacimiento.....

*Numero de Seguro Dental.....

*Empleador.....

*Nombre del Seguro.....

*Numero de Teléfono.....

Doy autorización pago de mi seguro (s) directamente a esta oficina, administradores de seguros y médicos especialistas, información sobre mi tratamiento y servicios. Esta información es necesaria para la evaluación y administración de mis beneficios de mi seguro.

X

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

HISTORIA DENTAL

	S	N		S	N
*Sangra su encía cuando se cepilla o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Ha tenido lo siguiente en su quijada?		
*Es sensible a lo caliente, frío o al morder?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tronar (Clic).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Es sensible a lo dulce o amargo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor (Oreja o lados de su cara).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Le duelen sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al abrir o serrar la boca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Tiene fuegos en su boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al morder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*A tenido tratamiento de Ortodoncia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Usa dentaduras o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*A tenido problemas con su cuello, cabeza o quijada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Se muerde los labios o cachetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Tiene dolores de cabeza frecuentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Ha tenido malas experiencias con extracciones?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Rechina sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Ha sangrado mucho después de extracciones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Dentista Anterior.....Ciudad, Estado..... Fecha de ultimo examen y rayos-x.....					

HISTORIA MEDICA

<p>*Nombre de su medico..... S N</p> <p>*Esta bajo tratamiento Medico?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Ha estado hospitalizado los últimos dos años?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si marco si, favor de dar una explicación.....</p> <p>.....</p> <p>*Esta tomando medicamentos?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si marco si, por favor descríbalas.....</p> <p>.....</p> <p>*Es alérgico a algún medicamento o anestesia?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si marco si, favor de alistar.....</p> <p>.....</p> <p>*Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">S N</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">S N</td> </tr> <tr> <td>SIDA o VIH..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Prolapso de Válvula..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Convulsión o Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Quidado Psiquiátrico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Ataques o Desmayos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Tratamiento de Radiación..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Artritis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Glaucoma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Problemas Respiratorias..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alergias..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Válvula Artificial..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Ataques al Corazón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Fiebre Escarlata..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coyuntura o Implantes Artificial..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Soplo del Corazón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad Transmitida Sexual..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sangramiento Anormal o Moretones.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad del Corazón... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Respiración Dificultosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad en la Sangre..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Hepatitis, Tipo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Problema de Estomago/Ulcera... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alta Presión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Infarto..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marcapasos Cardíaco..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Ictericia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Tobillos Hinchados..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dependencia Química..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Dolor de Mandíbula..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quimioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad del Riñón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Tumor o Crecimiento..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad Congénito del Corazón... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Leucemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Problemas de Tiroides..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tratamientos de Cortisona..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad del Hígado..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Otro..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Baja Presión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S N		S N	SIDA o VIH..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prolapso de Válvula..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Convulsión o Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quidado Psiquiátrico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataques o Desmayos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tratamiento de Radiación..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorias..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alergias..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Válvula Artificial..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataques al Corazón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coyuntura o Implantes Artificial..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo del Corazón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Transmitida Sexual..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sangramiento Anormal o Moretones.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Respiración Dificultosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad en la Sangre..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, Tipo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problema de Estomago/Ulcera... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cáncer..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alta Presión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infarto..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ictericia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tobillos Hinchados..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dependencia Química..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor de Mandíbula..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quimioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumor o Crecimiento..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Congénito del Corazón... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leucemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tratamientos de Cortisona..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baja Presión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>*Fecha de su última visita..... S N</p> <p>*Toma Fen-Phen/Redux?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Usted fuma?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Usa medicamentos controlados?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Usa lentes de contacto?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Tiene una tos persistente o limpieza de la garganta no asociado con una enfermedad?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Es alérgico a látex?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>*Mujeres Solamente:</p> <p>a) Esta o piensa que esta embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Esta amamantando (dando pecho)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Esta tomando anticonceptivos?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d) Ha tomado una medicina para Osteoporosis?.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
S N		S N																																																		
SIDA o VIH..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prolapso de Válvula..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Convulsión o Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quidado Psiquiátrico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Angina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataques o Desmayos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tratamiento de Radiación..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Artritis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorias..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alergias..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Válvula Artificial..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataques al Corazón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Coyuntura o Implantes Artificial..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo del Corazón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Transmitida Sexual..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Sangramiento Anormal o Moretones.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Respiración Dificultosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Enfermedad en la Sangre..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, Tipo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problema de Estomago/Ulcera... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Cáncer..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alta Presión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infarto..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Marcapasos Cardíaco..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ictericia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tobillos Hinchados..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Dependencia Química..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor de Mandíbula..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Quimioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumor o Crecimiento..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Enfermedad Congénito del Corazón... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leucemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Tratamientos de Cortisona..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		
Diabetes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Baja Presión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																		

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS Y POLIZA

*Yo autorizo que el doctor tome rayos-x, moldes de estudio, fotografías o cualquier otro tipo de diagnósticos para que el doctor haga un diagnóstico de mis necesidades dentales.

*Yo autorizo al medico para llevar a cabo todos los tratamientos recomendados, mutuamente acordados por mí, y para el uso apropiado de medicamentos y la terapia indicada para la conexión de dicho tratamiento. Yo entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna ciertos riesgos. Además, autorizo y doy mi consentimiento al doctor que escoja y emplea tal ayuda para proporcionar el tratamiento recomendado.

*Yo entiendo mi responsabilidad de pagos de los servicios dentales en esta oficina, vencidas y exigibles en el momento que los servicios se hagan hecho. En el caso de que los pagos no son recibidos por el acuerdo en las fechas, tengo entendido que un financiamiento del 18% APR, puede se añadido a mi cuenta, en adición los cargos de colección.

*Tengo entendido que informes de crédito pueden ser obtenidos.

*Yo _____ (Nombre del Paciente) he recibido una copia de los materiales dentales, exigidas por ley.

*Yo _____ (Nombre del Paciente) he recibido una copia de practicas de privacidad de HIPAA.

Entiendo que la información anterior, es necesaria para recibir tratamiento dental en una manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad y lo mejor de mi consentimiento.

X _____ Fecha

Firma del Paciente (padre/guardián si es menor)

Historia Médica y Dental revisada por Dr. _____ Fecha _____
