



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Tómese unos minutos para completar este formulario de la forma más completa posible. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle.

Presentar su identificación a la recepcionista.

PERSONAL

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre (Nombre Preferido)
Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Casado/a: ☐ Y ☐ N
Teléfono Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____
Correo electrónico: _____
Método de contacto preferido: ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ correo electronico
Método de contacto preferido para confirmaciones: ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ correo electronico
Estado de estudiante si dependiente mayor de 19 (para seguro): ☐ no estudiante ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial
¿Cómo te enteraste de nosotros?

(Si alguien lo refirió aquí, ingrese su nombre para que podamos agradecerle).

DIRECCIÓN

Marque la casilla si es igual para toda la familia: ☐

DIRECCIÓN: _____

DIRECCIÓN 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

No tengo seguro: ☐

PÓLIZA DE SEGURO 1

Su relación con el suscriptor: ☐ Yo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a

Nombre del suscriptor: _____ Identificación de suscriptor #: _____

Fecha De Nacimiento del Suscriptor: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Nombre del grupo: _____ # de grupo: _____

PÓLIZA DE SEGURO 2

Su relación con el suscriptor: ☐ Yo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a

Nombre del suscriptor: _____ Subscriber ID #: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Nombre del grupo: _____ # de grupo: _____

Presente la tarjeta del seguro a la recepcionista.



Complete este formulario en su totalidad. No aceptaremos formularios con información faltante.
Escriba N/A si no corresponde a su caso.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Ciudad/Pais: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____ Relación: _____

Motivo de la visita de hoy: _____ ¿Estás adolorido? _____

Historia dental

Nuevos Pacientes:

Nombre de la ex dentista: _____ Ciudad/Pais: _____

Fecha de la última limpieza y examen: _____

¿Tiene usted una radiografía panorámica o una radiografía de boca completa que tenga menos de 5 años? _____

¿Tiene radiografías BiteWing de hace menos de 1 año? _____

¿Marca si tienes alguno de los siguientes problemas? ☐ NINGUNO

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Mal aliento | ☐ Rechinar o apretar los dientes | ☐ Sensibilidad al morder |
| ☐ Encías sangrantes | ☐ Dientes flojos o rotos | ☐ Sensibilidad al calor |
| ☐ Chasquidos o chasquidos en la mandíbula | ☐ Tratamientos periodontales | ☐ Sensibilidad al frío |
| ☐ Recolección de alimentos | ☐ Llagas o crecimiento en la boca | ☐ Sensibilidad a los dulces |

Historial Medico

¿Marque si tiene alguna de las siguientes condiciones médicas? ☐ NINGUNO

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Alcoholismo | ☐ Nefropatía | ☐ Colesterol alto |
| ☐ Anemia | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Hepatitis A / B |
| ☐ Ansiedad | ☐ Tratamiento psiquiátrico | ☐ VIH/SIDA |
| ☐ Válvula cardíaca artificial | ☐ Problemas de sinusitis | ☐ Problemas de sangre |
| ☐ Terapia con aspirina | ☐ Ataque | ☐ Problemas de espalda |
| ☐ Asma | ☐ Úlceras | ☐ Tratamientos con cortisona |
| ☐ Problemas de sangrado | ☐ Fiebre reumática | ☐ Demencia |
| ☐ Cancer _____ | ☐ Problemas de tiroides | ☐ Adicción a las drogas |
| ☐ Diabetes (tipo I) | ☐ Marcapasos | ☐ Epilepsia |
| ☐ Diabetes (tipo II) | ☐ Quimioterapia | ☐ Deterioro auditivo |
| ☐ Soplo cardíaco | ☐ Tratamiento de radiación | ☐ Discapacidad de movilidad |
| ☐ Problemas del corazón | | ☐ Discapacidad visual |
| ☐ Hipertensión | | ☐ Enfermedad de transmisión sexual (ETS) |
| ☐ Reemplazo de articulación | | |
| ☐ Enfermedad respiratoria | | |
| ☐ Hemofilia | | |
| ☐ Tuberculosis (TB) | | |
| ☐ Escarlatina | | |

Para mujeres:

- ☐ Embarazo
☐ Amamantando a un niño
☐ Tomando pastillas anticonceptivas

Otro: _____

¿Está tomando actualmente o ha tomado alguna vez bifosfonatos orales o intravenosos? (Como Fosamax, Boniva, intravenosos: Zometa o Aredia) ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique cuándo y durante cuánto tiempo: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o operación grave? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique y proporcione fechas aproximadas: _____

¿Es necesario tomar antibióticos antes de algún procedimiento dental? ☐ Si ☐ No

¿Consume tabaco? Si es así, ¿qué tipo y en qué cantidad?

☐ Si ☐ No _____

¿Alguna reacción inusual a las inyecciones dentales? ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique. _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Lista de medicamentos: ☐ NINGUNO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Marque la casilla si es alérgico a alguno de los siguientes: ☐ NINGUNO

- ☐ Anestésica
- ☐ Aspirina
- ☐ Codeína
- ☐ Ibuprofeno
- ☐ Epinefrina
- ☐ Amoxicilina

- ☐ Yodo
- ☐ Látex
- ☐ Penicilina
- ☐ Sulfa
- ☐ Tetraciclina
- ☐ Novocaína

OTRO _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

FIRMA DE DOCTOR: _____ FECHA: _____

Aviso de Políticas de Privacidad

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

Información:

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted se asegura con su firma que reviso nuestro aviso.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, la cumpliremos.

Acuerdo;

La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones asistenciales.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida. Tienes el derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento

¿Podemos llamar o enviar un correo electrónico para confirmar las citas? _____

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? _____

Si se necesita una derivación, ¿podemos compartir su información con el especialista tratante al que lo derivamos? _____

¿Con quién podemos hablar de sus condiciones dentales? _____

Firma: _____

Financial Agreement

Last Name:

First Name:

Birthdate:

* For my convenience, this office may release my information to my insurance company, and receive payment directly from them.

* Payment for treatment completed will be paid within 30days of date of service to avoid being sent to collections.

* If sent to collections, I agree to pay all related fees and court costs.

* Every effort will be made to help me with my insurance, but if they do not pay as expected, I will still be responsible.

* I will pay a fee of \$75 for appointments broken without 24 hours notice.

* Treatment plans may change, and I will be responsible for the work actually done.

Patient/Parent or Guardian Signature: _____

Date: _____