

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

FECHA _____

NOMBRE _____ CASADA(O) SOLTERA(O) MENOR H M
APELLIDO NOMBRE

SEGURIDAD _____

DOMICILIO _____
CALLE # APT. CIUDAD ESTADO C.P.FECHA DE NACIMIENTO _____ TELEFONO _____
MES DIA AÑO CASA TRABAJO CELL CORRERO ELECTRONICO

LUGAR DE EMPLEO _____ DIRECCIÓN _____

USTED ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE ESCUELA _____ AÑO ESCOLAR _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA-INDIQUE: PACIENTE GUARDIAN ESPOSA (O) PADRE MADRE**INFORMACION SOBRE EL SEGURO**

SI, EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD - DEBE DE QUE COMPLETAR LOS DOS CASILLEROS ADULTOS - COMPLETE EL CASILLERO CON INFORMACIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL COMBERTURA DOBLE? TAMBIEN COMPLETE PARA PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA

PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL / Si, no tiene aseguranza. Complete con la información de la persona responsable				PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA			
APELLIDO		NOMBRE		APELLIDO		NOMBRE	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.
TEL. CASA	TEL. TRABAJO	CELL	CORREO ELECTRONICO	TEL. CASA	TEL. TRABAJO	CELL	CORREO ELECTRONICO
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)		COMO RELACIONADO AL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)		COMO RELACIONADO AL PACIENTE	
LUGAR DE EMPLEO		SEGURO DENTAL		LUGAR DE EMPLEO		SEGURO DENTAL	
#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO		#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO	

PERSONA PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Teléfono _____

AUTORIZACION

Con mi firma autorizo pago el directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarían. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentífrico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de dar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas médicos. Transfere electronica tambien.

X _____
Paciente o Persona Responsable

Fecha _____ Numero de Licencia Para Manejar _____

¿Alguna vez ha venido algun miembro de su familia a nuestro consultorio?

 Si No

¿A quién le damos las gracias por recomendarle a nuestro consultorio?

MÉTODO DE PAGO

La persona responsable ya tiene cuenta con esta oficina

 Si No Pago entero a cada cita (en efectivo o cheque personal) Pago entero con tarjeta (VISA MC OTRA)

Tarjeta # _____ Fecha Exp. _____

 Me gustaría discutir los arreglos financieros.**COBRO ADICIONAL**

Si no pago el saldo total dentro de _____ días después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se sumará a la cuenta por el período de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará en el _____% por mes (o un cobro mínimo de \$ _____ si el saldo es menos de \$ _____) lo cual equivale al _____% al año aplicado al saldo del mes anterior. Si dejo de hacer un pago, prometo pagar cualesquier interés legal sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en cuentas no pagadas en el futuro.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____

FECHA _____

Razón principal de esta cita dental: Examen Emergencia Consulta

Historia Dental

Marque un círculo

- ¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No
¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No
¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de las encías? _____ Sí No
¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No
¿Le han sangrado las encías? Explique. _____ Sí No
¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
¿Se le atorla la comida entre los dientes? Tiene dientes sueltos? _____ Sí No
¿Quiere usted salvar la dentadura que le queda? _____ Sí No
¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No
¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No
¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No
Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____
Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas o panorámica). _____

Historia Médica

- ¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? _____ Tel _____ Sí No
¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____ Sí No
¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____ Sí No
¿Está tomando medicamentos, aspirina, vitamina, herbaro, píldoras, o drogas? ¿Cuales? _____ Sí No
¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. _____ Sí No
¿Tiene alergias a cualquier medicamento o substancia? Indique abajo. _____ Sí No
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Hule látex Leche Otro _____

MUJERES (Favor de indicar): Embarazada/tratando de concebir Lactando Tomando contraceptivos orales.

Explique _____ Sí No

*Si usted contesta "si" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita ... tal vez se requiere medicamento previo.

Table with 5 columns of medical conditions and checkboxes for 'Si' and 'No'. Conditions include: Enfermedad cardiaca/Cirugia al corazón, Anemia, Diabetes, Hipertension, etc.

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada arriba? Explique. _____ Sí No

¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Sí No

Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verdicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejare saber al dentista y a los representantes del consultorio.

X FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián) _____ Fecha _____

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____ Pulso _____

Revisión de la historia y conclusiones: _____

Actualización Médica

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

Table for medical update with columns: FECHA, EXCEPCIONES, FIRMA DEL PACIENTE, BP, PULSO, REVISADA POR. Includes rows for 'Ninguna' and 'Dr.'.