

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Nombre Preferido _____ Fecha de hoy ____/____/____

Apellido _____ Primero _____ Segundo _____ Sexo F M
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Número de Licencia _____
Empleador _____ Ocupación _____ A empleado _____
Teléfono: Casa (____) _____ - ____ Trabajo (____) _____ - ____ Celular (____) _____ - ____ Casado/a S N
Correo Electronico _____
Método preferido de contacto (circule uno) Casa Celular Trabajo Correo electrónico Mensaje de Texto Otro _____

*Al proveernos su número/correo electrónico, usted autoriza a nuestra oficina a contactarlo por estos medios.

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

SI LA INFORMACIÓN ES LA MISMA DES PACIENTE-BRINQUE ESTA SECCIÓN PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____ Sexo F M
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Número de Licencia _____
Empleador _____ Ocupación _____ Anos empleado _____
Teléfono: Casa (____) _____ - ____ Trabajo (____) _____ - ____ Celular (____) _____ - ____ Casado/a S N

Información del Seguro Dental (Portador Principal)

Nombre _____
Compañía Aseguradora _____
Dirección del Seguro _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Empleador Del Portador _____
Fecha de Nacimiento del Portador ____/____/____
Seguro Social del Portador ____/____/____
de Identificación _____
de Grupo _____ # de Local _____
-Favor de dar una copia de su tarjeta a la recepcionista-

Información del Seguro Dental Secundario

Nombre _____
Compañía Aseguradora _____
Dirección del Seguro _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Empleador Del Portador _____
Fecha de Nacimiento del Portador ____/____/____
Seguro Social del Portador ____/____/____
de Identificación _____
de Grupo _____ # de Local _____
-Favor de dar una copia de su tarjeta a la recepcionista-

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____
Teléfono de Casa (____) _____ - ____ Trabajo (____) _____ - ____ Celular (____) _____ - ____

CONSENTIMIENTO

La firma abajo por la presente atestigua que la información mencionada arriba está completa y es correcta. Doy autorización al Doctor a tomar rayos X, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otro procedimiento que el dentista considere necesario para ayudar a diagnosticar las necesidades dentales que el paciente necesite. También doy autorización al dentista para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicamento, y terapia que pueda ser indicada. También entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Yo entiendo que mi seguro dental es un contrato entre yo y la compañía de seguro, no entre la compañía de seguro y la oficina dental y que soy responsable totalmente de todos los gastos por mis servicios dentales. Todos los gastos y cobros se deben pagar al momento del servicio a menos que tenga arreglos financieros previos a su cita. También asigno todos los beneficios del seguro al dentista. Cualquier pago recibido por parte de mi seguro dental a esta oficina será acreditado a mi cuenta, o reembolsado a mi si he pagado los honorarios dentales incurridos. Comprendo además que se añadirá una cuota de re facturación a mi saldo vencido. También reconozco que me han ofrecido una copia de las Prácticas de Privacidad como es requerido por la ley. También comprendo que puedo rechazar parte de este consentimiento tachando esas secciones con las que no estoy de acuerdo, pero al hacerlo estoy consciente que el dentista puede negarse a darme tratamiento.

FIRMA DEL PACIENTE (Padres si es menor de 18) _____ Fecha ____/____/____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE PÁGINA 2

Historial de Salud y Dental

Nombre _____

| Historial Dental (Circule Si o No según sea necesario) | Historial Médico (Circule Si o No según sea necesario) |
|---|--|
| <p>Está teniendo PROBLEMAS o alguna INCOMODIDAD? Sí No</p> <hr/> <p>POR FAVOR DESCRIBA</p> <hr/> <p>Usa usted DENTADURA? Sí No</p> <hr/> <p>Ha tenido algún tratamiento PERIODONTAL (encías)? Sí No</p> <hr/> <p>Sus encías SANGRAN o están SENSIBLES o IRRITADAS? Sí No</p> <hr/> <p>Sus dientes son SENSIBLES al calor, frio, dulce o presión? Sí No</p> <hr/> <p>Esta consiente de que APRIETA o RECHINAR los dientes? Sí No</p> <hr/> <p>Ah utilizado FRENOS antes? (ORTODONCIA) Sí No</p> <hr/> <p>Si su respuesta es sí, usted utiliza un RETENEDOR? Sí No</p> <hr/> <p>Le gustaría cambiar la APARIENCIA de su SONRISA? Sí No</p> <hr/> <p>POR FAVOR DESCRIBA</p> <hr/> <p>Es usted APRENSIVO al tratamiento dental? Sí No</p> <hr/> <p>Experimenta Dolores de cabeza frecuentes o dolor de musculo en su quijada? Sí No</p> <hr/> <p>Cuando fue su última visita dental por cualquier motivo?</p> <hr/> <p>Cuando fue su último examen y limpieza dental?</p> <hr/> <p>Por favor describa cualquier otra información que usted considere que debemos saber:</p> <hr/> <p>Le han dicho que necesita tomar algún PRE MEDICAMENTÓ ANTIBIÓTICO antes de algún tratamiento dental por su dentista o doctor particular? Sí No</p> <hr/> <p>Si su respuesta es sí, porque razón?</p> | <p>Tiene actualmente algún PROBLEMA DE SALUD? Sí No</p> <hr/> <p>Esta bajo el cuidado de ALGÚN MEDICO? Sí No</p> <hr/> <p>POR FAVOR DESCRIBA</p> <hr/> <p>Que MEDICAMENTOS está tomando y PORQUE RAZÓN:</p> <hr/> <p>Es ALÉRGICO a algún tipo de medicamento? Sí No</p> <hr/> <p>POR FAVOR ENUMERE</p> <hr/> <p>Está tomando anticoagulantes? Sí No (Warfarin, Coumadin, Eliquis, Plavix)</p> <hr/> <p>Esta usted EMBARAZADA? Sí No</p> <hr/> <p>Usted FUMA o usa tabaco SIN HUMO? Sí No</p> <hr/> <p>Por favor circule cualquier de las siguientes condiciones que haya tenido o que actualmente tenga:</p> <p>*Prostético (Cadera, rodilla, etc.) *Enfermedad del corazón o ataque *Problemas de Tiroides * Válvula artificial del corazón</p> <p>*Apnea del sueño * Derrames *Diabetes *Problemas del riñón</p> <p>*Enfermedad del hígado * Presión sanguínea alta o baja</p> <p>*Hepatitis *Degeneración macular * Sida o VIH positivo</p> <p>*Cáncer/Quimioterapia o radiación *Asma *Reflujo ácido</p> <p>*Adición a drogas/alcohol</p> <p>Otros: Por favor enumere</p> <hr/> <p>Está tomando o ha tomado algún tipo de medicamento para "construcción de hueso" (Fosamax, Boniva, Prolia, Xgeva, Reclast, Zolmeta, Actonel, o alguna medicina que termine en 'mab'? Sí No</p> |

Doctor Familiar _____ Ciudad/Estado de la clínica _____

La firma abajo por la presente atestigua que la información mencionada arriba está completa y es correcta

FIRMA DEL PACIENTE (Padres si es menor de 18) _____ Fecha ____/____/____