



Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____ I: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: M o F

Correo Electrónico: _____

___ me gustaría recibir correspondencia via e-mail

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo **(por favor, encierre uno)**

Referencia : Mailer Radio Seguro (favor de encerrar uno) otros: _____

Información del partido responsable para pacientes menores de 18 años

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Contacto en caso de Emergencia

Nombre/Relacion al paciente: _____ Telefono: _____

Firma: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Está usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dialisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Coesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretones/con facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prclapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____



Acuse de Recibo de la Póliza Financiera:

La siguiente información es para informarle sobre nuestra póliza financiera. Si, en algún momento, tiene preguntas con respecto a esta póliza, puede consultar a cualquier miembro de nuestra oficina. Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención. Nuestras tarifas son un reflejo de la calidad de la atención que brindamos. Continuamos nuestro compromiso al ofrecer una variedad de opciones financieras para que pueda recibir la atención dental que necesita. Aceptamos tarjetas de efectivo, cheque, VISA, Mastercard, American Express o Discover. También nos hemos asociado con una empresa externa para ofrecer la flexibilidad de los intereses diferidos y las opciones de pago extendido.

No se aceptan cheques personales a menos que lo apruebe la administración. Se agregará una tarifa de \$ 30 al monto total de cualquier cheque devuelto.

Comunicaremos todas las opciones de tratamiento recomendadas y las tarifas asociadas antes del inicio del tratamiento. **El pago se espera al momento del tratamiento.** Una cuenta atrasada impide nuestra capacidad de brindarle la atención dental de calidad que usted se merece. Es nuestra póliza que el padre o tutor que acompaña a un niño a nuestra oficina para el tratamiento es responsable del pago de todos los servicios prestados.

Nos comprometemos a respetar su tiempo y le pedimos que haga todos los esfuerzos posibles para mantener el tiempo reservado a la cita exclusivamente para usted. Entendemos que puede haber ocasiones en las que no pueda cumplir con su cita programada, sin embargo, **cualquier cita perdida puede estar sujeta a una tarifa de cita perdida de \$ 25 (por cancelar entre 24 y 48 horas antes de la cita) o \$ 50 (por cancelar menos de 24 horas antes de la cita)**, que será un gasto de bolsillo y no se presentará a su seguro. En caso de que considere necesario reprogramar una cita, envíenos un aviso de dos días hábiles para evitar que se le cobre una tarifa de cita perdida.

Datos Importantes Sobre Su Seguro Dental:

Como cortesía para nuestros pacientes con beneficios de seguro dental, presentaremos su reclamo y brindaremos toda la información necesaria para ayudarlo a recibir sus beneficios dentales. Requerimos que todos los deducibles y la porción estimada del paciente se paguen en el momento en que se brinda el tratamiento. Sí aceptamos la asignación de los beneficios del seguro como forma de pago para ayudar a reducir los gastos directos de su bolsillo. Comuníquese con su compañía de seguros antes de su visita para obtener información esencial que reflejará con exactitud su cobertura. Al proporcionarnos esta información, agilizará el procesamiento de las reclamaciones. Si tiene una póliza de reembolso directo, se espera el pago completo el día del servicio y su plan dental le reembolsará.

El seguro dental es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros. Es un beneficio ayudarlo con el costo de la atención dental. En ningún momento los beneficios del seguro comprometen el diagnóstico de su médico ni afectan su elección de tratamiento. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los **60 días** de la fecha de los servicios prestados, usted será responsable del pago de sus tarifas de tratamiento y del cobro de sus beneficios directamente de su compañía de seguros.

Los planes de tratamiento reflejan tarifas estimadas y cobertura de seguro. Aunque hacemos todo lo posible para obtener los beneficios de su seguro, en última instancia es **su responsabilidad** conocer la cobertura de su plan.

En cualquier momento y por cualquier motivo, su seguro **NO** paga por servicios ya prestados, usted es responsable de dichos servicios con nuestra **tarifa estándar**.

Firma del Paciente / Padre / Tutor: _____ Fecha: _____