



INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada **CONFIDENCIAL**) Fecha _____

Nombre de paciente _____ Edad _____ Fecha de nacimiento del paciente _____ Hombre Mujer
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Si el paciente es un menor de edad, de el nombre de los padres o guardianes _____ Relación _____
Dirección de la casa _____ ¿Por cuánto tiempo? Propio Renta
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Paciente es: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Menor de edad
Número de la licencia de conducir _____ Número del Seguro Social _____ Teléfono de casa (_____)

Banco _____ Número de la cuenta _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
Lugar de empleo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ocupación _____
Dirección del empleo _____ Teléfono de trabajo (_____)

Nombre de esposo(a) _____ Número del Seguro Social _____ Número de licencia _____
Lugar de empleo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ocupación _____

Dirección del empleo _____ Teléfono de trabajo (_____)
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL
Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. _____ Relación _____

Dirección completa del familiar cercano _____ Teléfono de casa (_____)
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL No tiene médico (_____)

Nombre de su médico _____ DIRECCION CIUDAD TELEFONO
Dentista de anterior _____ DIRECCION CIUDAD TELEFONO

¿Por qué cambia usted de dentistas? _____
Razón por la cita _____
¿Es esta visita de emergencia? Sí No En caso de sí, explique: _____

Escuela a la que van sus hijos _____ ¿A quién le podemos agradecer su visita? _____

INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS

Persona responsable por esta cuenta _____ Relación _____
Dirección _____ (TELÉFONO) _____
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

FORMA PREFERIDA DE PAGO: Al contado en el día del tratamiento Número de Visa _____ FECHA DE EXPIRACIÓN _____
 Número de ayuda del Estado Número de Mastercard _____ FECHA DE EXPIRACIÓN _____

Nombre de la compañía de seguro (principal) _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL _____ NUMERO DEL GRUPO _____ NUMERO DEL PLAN _____ NOMBRE DEL SINDICATO _____ SINDICATO LOCAL _____

Nombre de la compañía de seguro (secundario) _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL _____ NUMERO DEL GRUPO _____ NUMERO DEL PLAN _____ NOMBRE DEL SINDICATO _____ SINDICATO LOCAL _____

TERMINOS & CONDICIONES

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle al seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro a la cuenta del paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar del paciente.

Asignación de seguro: Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza.

Un recargo del 1 1/2 % por mes (18% por año, pero nunca mas de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fue examinado.

En consideración a los servicios profesionales prestados a mí, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier rompimiento de estos términos y condiciones por mi parte, no me autoriza el rompimiento de otros términos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra.

Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para telefonarme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Yo he leído las condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental, pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de **Sí** o de **No**. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? **Sí** **No**

HISTORIA CLINICA

1. ¿Tiene usted buena salud? **Sí** **No**
2. Fecha del último examen médico
3. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? **Sí** **No**
¿En caso de sí, para que enfermedad está siendo tratado?
4. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación? **Sí** **No**
¿En caso de sí, que enfermedad u operación?
5. ¿Ha estado usted hospitalizado? **Sí** **No**
¿En caso de sí, cuál fue el problema?
6. ¿Está usted tomando algún medicamento? Sí No ¿O cualquier otro tipo de drogas (marijuana, cocaína, etc.)? **Sí** **No**
¿En caso de sí, digi cual? ¿Qué dosis?
7. ¿Usa usted cualquier droga para recreo (marijuana, cocaína, etc.)? **Sí** **No**
8. ¿Ha sido usted pre-medicado una vez con antibióticos para su tratamiento dental? **Sí** **No**
9. ¿Está usted sensible o alérgico a cualquier droga o sustancia? Látex Penicilina; Tetraciclina; Sulfá; Aspirina; Codeína **Sí** **No**
 Otra (Si hay otros ¿cuáles drogas o materiales?)
10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Haga un círculo alrededor de **S** o de **N** de todas las condiciones mencionadas.)

S Anemia S Herpes S Úlceras S Diabetes S Artritis S Asma S Cáncer S Convulsiones S Implantes S Sinusitis	S Fiebre del Heno S Glaucoma S Tonsilitis S Hemofilia S Úlceras Catarrales S Emfisema S Reumatismo S Varicela S Desmayos S Ataque Cerebral	S Dolores de Cabeza S Propensión a Golpes S Heridas de la Cabeza S Insuficiencia Cardíaca S Fiebre de Escarlatina S Sopleo Cardíaco S Enfermedad del Hígado S Problemas Cardíacos S Ataque de Corazón S Parálisis Cerebral	S Adicción a las Drogas S Enfermedad del Riñón S Quimioterapia S Úlceras del Estómago S Angina del Pecho S Desórdenes Mentales S Enfermedad de Tiroides S Fiebre Reumática S Tuberculosis S Transfusión de Sangre	S Reemplazo de Articulación S Desórdenes Nerviosos S Tumores o Crecimientos S Alergias o Urticaria S Dolor Mandibular S Prótesis Artificial S Enfermedad de la Célula Falciforme S Medicina Cortisona S Alergias a Metales	S Desangramiento S Prolapso de la Válvula Mitral S Presión Arterial Alta S Complejo Relacionado con VIH S Enfermedades Respiratorias S Epilepsia o Ataques S Tratamiento Siquiátrico S Hepatitis o Ictericia S Dificultad al Tragar S Enfermedad de la Sangre	S Lesiones de Corazón Congénitas S Tratamiento de Rayos-x o Cobalto S Tratamiento de Radiación S Enfermedad Venérea (sífilis, gonorrea) S Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) S Desorden de Articulación Temporomandibular
---	---	---	--	---	--	--

11. ¿Usa usted un marcapaso de corazón, o ha tenido cirugía cardíaca? **Sí** **No**
12. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparezca arriba y que yo debo saber? **Sí** **No**
¿En caso de sí, por favor explique cuál?
13. ¿Fuma usted? En caso de sí, cuánto? Cigarros Puros Paquetes por día **Sí** **No**
14. ¿Ha tomado usted alguna vez las drogas "Phen-Phen" o "Redux"? **Sí** **No**
15. (Mujeres) ¿Está usted en estado de gestación? En caso de sí, cuántos meses?
16. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? **Sí** **No**
17. (Mujeres) ¿Toma usted píldoras anticonceptivas? **Sí** **No**

HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novacaína, etc.)? **Sí** **No**
2. ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? **Sí** **No**
3. ¿Ha usted tenido un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? **Sí** **No**
En caso de sí, explique
4. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? Semanas Meses Años
5. ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? Semanas Meses Años
6. ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? **Sí** **No**
En caso de sí, marque Muy poco Moderadamente Extremadamente
7. ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? **Sí** **No**

En base a mi conocimiento, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez hubiera cambios en mi salud o en mis medicaciones, yo le informaré sin falta al doctor en mi próxima visita.

Me gustaría una copia de esta forma para mis archivos. He recibido la Hoja de los materiales dentales requerida por la ley.

A Fecha _____ Firma _____

B PONER AL DÍA - Desde su última visita al médico

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? Sí No
2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? Sí No
3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? Sí No

Fecha _____ Firma _____

C PONER AL DÍA - Desde su última visita al médico

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? Sí No
2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? Sí No
3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? Sí No

Fecha _____ Firma _____

Revisado por	Lic. #	Fecha
REVISADO POR	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
A	A	B
FECHA _____	FECHA	/ /
B	PS	/ /
FECHA _____	PULSO	/ /
C	TEMP	/ /
FECHA _____	POR	/ /

¡CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD DEBE SER ACTUALIZADO CADA AÑO!

POR FAVOR, HÁGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO DE SU SALUD DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. SI NO HAY CAMBIOS, POR FAVOR ESCRIBA Ud. "NINGUNOS"

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de óxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas.

Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los terminos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Firma: _____ Fecha: _____

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente está incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiar cercano del paciente.

Relación al paciente: