

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Apellido

Primer Nombre

ISN

Nombre Preferido

Título _____

Sr/Señorita/Sra/Dr

Género

M

F

Estado Familiar

Casado/a

Soltero/a

Niño/a

Otro

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Correo Electrónico _____

Teléfono

Casa

Trabajo

Extensión

Celular

Dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

A quien podemos agradecer por referirlo _____

EMPLEADOR

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del empleador _____

Esta oficina utiliza correo, teléfono, texto, notificaciones de correo electrónico para comunicarse y recordar sus citas & y otros tratamientos de información comercial. Si usted desea optar por cualquier forma de comunicación, por favor escriba: _____

LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO ES EXACTA ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE NOTIFICAR A LA OFICINA CON RESPECTO A CUALQUIER CAMBIO EN ESTA INFORMACION.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRONICAS A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACION DE LA POLITICA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD (HIPAA) SEGUN LO ESTABLECIDO POR ESTA OFICINA.

Firma _____

Fecha _____

SEGURO DENTAL

Nombre del asegurado Apellido _____ Primer Nombre _____ ISN _____ Nombre Preferido _____

Fecha de nacimiento - - _____ ID# _____ Grupo# _____
del asegurado

Dirección del asegurado _____
(Si es diferente de la del paciente)

_____ Cuidad Estado Código Postal

El empleador del seguro _____ Teléfono _____

Dirección del empleador del seguro _____
(Si es diferente de la del paciente)

_____ Cuidad Estado Código Postal

La relación del paciente con el seguro Yo Esposo(a) Niño(a) Otro

Nombre del plan de seguro _____

Dirección del seguro _____

_____ Cuidad Estado Código Postal

IMPORTANTE: Presentamos el seguro como una cortesía a nuestros pacientes.

No basamos nuestro examen clínico o plan de tratamiento en lo que su seguro cubre o no cubre.

NUESTRAS POLITICAS SON LAS SIGUIENTES

1. La porción recolectada el día del servicio es una estimación basada en la información proporcionada por su proveedor de seguros. Cualquier saldo restante después de que el seguro haya procesado el reclamo será responsabilidad del paciente. Un padre que presenta un dependiente para el tratamiento es responsable del pago.
2. Las compañías de seguros tienen un máximo anual y de por vida. Es enteramente su responsabilidad hacer un seguimiento de esto. Si ha recibido servicios con otro proveedor, es posible que tenga menos beneficios disponibles que lo que está representado en la información que recibimos de su seguro.
3. Es la responsabilidad del paciente para determinar si la oficina está dentro de su red de seguros.
4. Le ayudaremos a presentar sus reclamos y a cobrar el pago de su campaña de seguros. No estamos OBLIGADOS a hacerlo y nos reservamos el derecho de solicitarle el pago de usted independientemente del estado del seguro. Presentamos solo el seguro primario.

- ▼ Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para la atención adecuada.
- ▼ Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica, asesoramiento y tratamiento proporcionado con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios de seguro o información de crédito.
- ▼ Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista que de otro modo sería pagadero a mí.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA DECLARACION ANTERIOR SOBRE LAS POLIZAS DE SEGURO DE ESTA OFICINA
HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTA DECLARACION PARA MIS REGISTROS

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA

Aunque el personal dental tratan principalmente el área alrededor de la boca, la boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener. Los medicamentos que está tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que usted recibe. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

Nombre: _____ Teléfono: _____ - - Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de Su Médico Actual: _____ Teléfono: _____ - - Ultimo Exámen: ____/____/____

Dirección de su Médico: _____

	Calle			Ciudad			Codigo Postal		
	Tiene	Ha tenido	Historia Familiar	Tiene	Ha tenido	Historia Familiar	Tiene	Ha tenido	Historia Familiar
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer / Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____					
Falta de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia/que tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problema de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad inflamatoria _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Esta tomando medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Marcapaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positivo / SIDA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Valvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes u otros ETS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialisis del riñon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Problemas de Presión Arterial				Perdida de peso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre (Anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia, problemas del hígado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Problemas de Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroides _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Problemas Gastrointestinales									
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si	No	
Gerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ardor de estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si es asi, usted usa CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas en los riñones o de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diarreas Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si es asi, cuanto?					
Problemas en los huesos o articulaciones				esta intesasedo en dejar de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artritis Reumatoida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si es asi, cuanto?					
Reemplazo de la articulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia de abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas Respiratorios				Tienes un contrato con la clinico del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alguna enfermedad o condisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o prolema no listado?					
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tienes alergia al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mujer: Esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de todas las vitaminas/suplementos no prescritos					
Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Diabetes				Lista de todos los medicamentos que esta tomando					
Dependiente de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Orina más de 6 veces-al-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de todos los medicamentos que es alergico					
Boca sedienta o seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Lesion de la Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Frecuente o severos dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema de salud no incluido in la lista					
Desmayos, convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Alzheimers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					

De lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precision. Entiendo que proporcionar información incorrecta será peligroso para mi (o el paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.