

Informacion Del Paciente

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Direccion _____

Telefono _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____

Menor de 18 años nombre del adulto _____

Como supiste de nuestra oficina? _____

Nombre de tu pariente mas sercano que no viva contigo _____

Direccion completa _____ Telefono _____

Persona Responsable De La Cuenta

Nombre _____

Residencia _____

Direccion de Correspondencia _____

Cuanto tiempo en esta Direccion _____ telefono _____ tel. Trabajo _____

Direccion Anterior (sitienes menos de 3 años) _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ parentesco _____

Nombre del Trabajo _____ Ocupacion _____ Cuanto tiempo _____

Nombre del esposo (a) _____ parentesco _____

Nombre del Trabajo _____ Ocupacion _____ Cuanto tiempo _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Tel. Trabajo _____

Informacion De la Aseguranza

Nombre del Asegurado _____ Seguro Social # _____

Compañia De la Aseguranza _____ # Grupo _____

Direccion De la Aseguranza _____ Tel. _____

La Polisa esta Conectado por la Union? Si _____ No _____ Union _____ local # _____

Tienes otra Aseguranza? Si _____ No _____ **Si tienes otra Aseguranza Completa lo siguiente.**

Nombre del Asegurando _____ Seguro Social # _____

Compania de Aseguranza _____ # Grupo _____ local # _____

Direccion De la Aseguranza _____ Tel. _____

Nombre Del Trabajo _____ Tel. _____

Informacion Dental

Tus ensias sangran al Cepillar? Si _____ No _____

Tus dientes son sensitivos al lo frio o caliente? Si _____ No _____

Rechinas tus dientes? Si _____ No _____

Tienes miedo al trabajo dental? Si _____ No _____

Ultimo exanien dental _____ Que fue lo que hicieron? _____

Describe to problema actual _____

Como te sientes sobre la apariencia de tus dientes? _____

Informacion Medica

1. Tienes dolor o incomodidad en este momento?SI NO

2. As estado hospitalizado en los ultimos dos años?SI NO

3. As estado llendo al doctor en los ultimos dos años?SI NO

Nombre del Doctor _____ Tel. _____

Direccion _____

4. As estado tomando medicina en los ultimos dos años?SI NO

5. Estas ahora tomando medicina?SI NO

Si estas, nombrala _____

6. Eres sensitivo o alergico alguna medicina o anestesia?SI NO

Si eres, nombra cual es _____

7. Indica cual de las siguientes enfermedades has tenido otienes. Cual "SI" o "No"

Condiciones del Corazon.....SI NO	Protesis.....SI NO	Hepatitis B.....SI NO
Ataques al Corazon.....SI NO	Problemas con el riñon.....SI NO	Emfermedad Veneria.....SI NO
Angina Pectoral al Corazon.....SI NO	Ulseras.....SI NO	Sida.....SI NO
Problema al Corazon CongenitalSI NO	Diabetes.....SI NO	V.I.H. Positivo.....SI NO
Mormuras al Corazon.....SI NO	Problemas en la Tiroides.....SI NO	Fuegos o Ampollas.....SI NO
Pression Alta.....SI NO	Glaucoma.....SI NO	Transfucion de Sangre.....SI NO
Arteriosclerosis.....SI NO	Cancer.....SI NO	Hemofilicio.....SI NO
Prepalepsia.....SI NO	Enfacima.....SI NO	Anemia.....SI NO
Valvula artificial del Corazon.....SI NO	Tos Cronica.....SI NO	Enfermedad en las Celulas.....SI NO
Marcas Pazos.....SI NO	Tuberculosis.....SI NO	Moretones Facilmente.....SI NO
Operacion en el Corazon.....SI NO	Asthma.....SI NO	Problemas del Hgado.....SI NO
Fiebre Reumatica.....SI NO	Fiebre Alta.....SI NO	Fiebre Amarilla.....SI NO
Artritis.....SI NO	Alergias.....SI NO	Ataques Epilepticos.....SI NO
Reumatismo.....SI NO	Sinusitis.....SI NO	Mareos.....SI NO
Medicina Cortisone.....SI NO	Radiacion Terapeutica.....SI NO	Nerviosismo.....SI NO
Adiccion a las Drogos.....SI NO	Quimoterapia.....SI NO	Tumores.....SI NO
Enbolio.....SI NO	Hepatitis A.....SI NO	Desabilitado Mental.....SI NO

8. Cuando subes escaleras o caminas, tienes que parar por dolor en el pecho, o porque no puedes respirar o te cansas?SI NO

9. Se te inchan los tobillos?SI NO

10. Usas mas de dos almudadas para dormir?SI NO

11. As aumentado o perdido mas de 10 libras en el año?SI NO

12. Te levantas en la noche porque no puedes respirar?SI NO

13. Estas en una Dieta?SI NO

14. Tienes alguna enfermedad no nombrada?SI NO

Lista _____

15. Fumas?.....SI NO

Para Mujeres Solamemte

Estas embarazada? Si, cuanto tienes _____ No

Le das pecho Si No Tomas anticonceptivos? Si No

Entiendo que esta informacion es nesesaria pora que me puedan dar cuidado dental de lo manera mas segura y eficiente.

He contestado honestamente y con el mayor conosimiento estas preguntas.

Firma _____ Fecha _____

CONSENTUMIENTO:

1. Con la firma de abajo autorizo al Doctor, tomar rayos x, modelos fotografias, o cualquier diagnostico apropiado para mi. Para que el Dr. tome desiciones importantes para el diagnostico dental.
2. Tambien autorizo Dr. para performar todo el tratamiento recomendado al pasiente por mutuo acuerdo. Tomando la medicasion apropiada y la terapia indicada para mi tratamiento en coneccion con (nobre del paciente) _____. Yo comprendo que al usar anestesia, embuelve siertos riesgos. Yo autorizo al doctor para elejir su asistencia y proeverme con e tratamiento recomendado.
3. Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier tratamiento echo en esta oficina para mi o cualquier dependiente mio el mismo dia que se aplica el tratamiento, al menos que alla otros arreglos para pagar. Si los pagos no son echos segun las fechas en el acuerdo, habra un cargo de 1-1/2 % de finaciamiento (18% APR) podria ser aderiolo a mi cuenta.
4. Por ultimo yo entiendo que puedo obtener reportes de mi credito en la ofinica apropiada.