



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestra oficina. Agradecemos la confianza depositada en nosotros para proveer servicios dentales. Para ayudarnos a servirle mejor, por favor complete el siguiente formulario. La información proporcionada en este formulario es importante para su salud dental.

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Tel de Casa: _____ Tel de del trabajo: _____ Cel: _____
No. Seguro Social: _____

Información de la Cuenta (Persona Financieramente Responsable de la Cuenta)

Nombre: _____ No. Seguro Social: _____
Relacion con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Tel de Casa: _____ Tel de del trabajo: _____ Cel: _____

Seguro Dental

Seguro Primario

Compania de Seguro _____ Nombre de Empleador: _____
Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con el Paciente: _____
No. Seguro Social del Asegurado: _____

Seguro Secundario

Compania de Seguro _____ Nombre de Empleador: _____
Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con el Paciente: _____
No. Seguro Social del Asegurado: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion con el Paciente: _____ Tel: (____) _____ - _____

Consentimiento para Tratamiento

Por la presente autorizo al medico o el personal designado para tomar radiografias, modelos de estudio, fotografias y otras pruebas diagnosticas consideradas apropiadas por el medico para hacer un diagnostico completo de (nombre del paciente) _____.

1. Tras este dianostico, autorizo al medico para llevar a cabo todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo connmigo para emplear la asistencia que se reqi para proporcionar el cuidado adecuado.
2. Estoy de acuerdo en el uso de anestesicos, sedantes y otros medicamentos si es necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestesicos encarna ciertos riesgos. Entiendo que puedo solicitar un decreto completo de las posibles complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para que el medico o el personal designado pueda usar, y compartir de cualquiera de mis registros de salud orales, escritos, y electron con el proposito de llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atencion medica. Entiendo que se hara efectiva solo la cantidad minima de informacion necesaria.
4. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago es debido en el mome de servicio a menos que se hayan tomado otras medidas. En el evento que el pago no es recibido por la fecha acordada, entiendo que un cargo por retraso del 1- (18%APR) puede ser anadido a mi cuenta. Si es necesario, tambien entiendo que un chequeo sobre mi historial de credito podria realizarse.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Partido Responsable: _____ Relacion con el Paciente: _____



Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Historial Médico

¿Ha estado bajo el cuidado de un medico en los últimos dos años? **Si No**

Si es asi, ¿Para qué? _____

Nombre del Médico _____ Numero de teléfono: _____

¿Hay tomado algún medicamento o drogas durante los últimos dos años? **Si No**

¿Está tomando algún medicamento como la aspirina que sería considerado un **anticoagulante**? **Si No**

¿Ha tomado algún medicamento para el tratamiento de la **Osteoporosis**? **Si No**

¿Tiene usted alguna enfermedad, condición, o problema que no esta alistado? **Si No**

¿Le han dicho alguna vez, otro médico que usted necesita tomar **medicación previa** antes dfel tratamiento dental? **Si No**

Mujeres (Por favor marque) Embarazada/tratando de quedarse embarazada Amamantando Tomando anticonceptivos orales

Indique cuál de las siguientes ha tenido o tiene en la actualidad. Marcar “Si” o “No”.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| SIDA/VIH Positivo S N | Tos persiste S N | Dolor en la mandíbula S N | Culebrola o herpes zoster S N |
| Anafilaxia S N | Tos con sangre S N | Enfermadad o padecimiento del riñon S N | Falta de aliento S N |
| Anemia S N | Diabetes S N | Enfermadad del hígado S N | Salpullido en la piel S N |
| Artritis, Reumatismo S N | Epilepsia S N | Alergias a materiales (Latex, Lana, Metal Químicos) S N | Espina Bífida S N |
| Válvulas cardíacas artificiales S N | Desmayos S N | Prolapso de la válvula mitral S N | Embolia S N |
| Articulaciones artificiales S N | Alergias de a un tipo de comida S N | Problemas de los nervios S N | Implates quirúrgicos S N |
| Asma S N | Glaucoma S N | Marcapasos/ Operación del corazón S N | Inflamación de los pies o tobillos S N |
| Atópico (propenso a las alergias) S N | Dolor de cabeza S N | Cuidado psiquiatrico S N | Enfermedad o Padecimiento de la tiroides S N |
| Problemas de la espalda S N | Iregularidad cardiacaca S N | Rápida perdida/ganancia de pesos S N | Hábitos al Tobaca S N |
| Enfermedades de la sangre S N | Problemas del corazón S N | Tratamiento de radiación S N | Amigdalitis S N |
| Cáncer S N | Describe S N | Enfermedades reppiratorias S N | Tuberculosis S N |
| Dependencia quimica S N | Hemofilia/Hemorragia anormal S N | Fiebre reumática S N | Ulcera/Colitis S N |
| Quimoterapia S N | Herpes S N | | Enfermedades venerias S N |
| Problemas de circulación S N | Hepatitis A/B/C S N | | |
| Tratamientos de cortisona S N | Alta Presión S N | | |

Esta tomando medicamento? Si _____ No _____

*Si esta tomando mas de 4 medicamentos, por favor entregar lista aparte.

Tiene otros problemas medicos no anotados? _____

Es alergico al alguin medicamento? Si No

Si si por favor notar abajo.

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

Firma de Dr.: _____

Revisión del historial médico

Firma del paciente:					
Fecha:					
Doctor Firma del:					