



Chart #: _____
Para uso de la oficina

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
 Apellido _____ Nombre _____
 Masculino Femenino Casado (a) Soltero (a) Menor Otro _____
 Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Mejor hora para llamar: _____
 Telefono (Otro): _____ E-mail: _____
 Domicilio: _____
 Calle o avenida _____ Departamento # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Apartado Postal _____

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Ultima visita a su dentista: _____ Razon de su visita: _____

Alguna vez ha tenido alguno de estos padecimientos? Por favor mencionelos con una marca (X) Si o No:

| | Si | No | | Si | No | | Si | No | | Si | No |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sida/HIV+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpes en la cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la codeina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo del corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embolia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la ibuprofeno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la erythromacilina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta presion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drogas recreacional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades en la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulacion de la mandibula (TMJ Dysfunction) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la vicodina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del rinon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades venereas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la anestetica local | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del higado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metanfetaminas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia al oxido nitroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fumador? # pk/dia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia al llatex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | Otras alergias: | | |
| Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marca pasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazo? Fecha de parto: / / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Tumores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Mencione medicamentos que este tomando:

- Alguna vez ha tenido complicaciones despues de algun tratamiento dental ? Si No
por favor expliquelo: _____
- Ha sido hospitalizado de emergencia durante los dos anos anteriores a esta fecha ? Si No
Por favor expliquelo: _____
- Esta usted actualmente bajo tratamiento medico? Si No
Por favor expliquelo: _____
- Nombre de su doctor: _____ Telefono: _____
- Esta usted esperando algunos resultados medicos? Si No
Por favor expliquelo: _____

En mi conocimiento, las preguntas anteriores e informacion proveida es cierta y correcta. Si he tenido algun cambio en mi salud, lo informare al doctor al momento de mi proxima cita sin falta.

Fecha: _____

Firma del Paciente, Padre o Guardian _____

Como supo de nosotros?

A quien le tenemos que agradecer por recomendarnos ? A otro paciente, amigo A otro paciente, familiar

Oficina dental Paginas amarillas Periodico Escuela Trabajo Otro _____

Nombre de la persona que nos recomendo: _____

Informacion del responsable

El siguiente es para : El paciente La persona responsable del pago.

Nombre: _____
 Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Menor Otro _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Telefono (casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Mejor hora para llamar: _____

Domicilio: _____
 Calle o Avenida _____ Apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Lugar de Trabajo

El siguiente es para: El paciente La persona responsable del pago

Lugar de trabajo: _____ Ocupacion: _____

Domicilio: _____
 Calle o avenida _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Informacion de la Asegurancia

Primera asegurancia
 Nombre del asegurado: _____ Esta asegurado el paciente? Si No
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ No. de asegurancia _____ Grupo #: _____

Domicilio del asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Zona postal

Nombre del empleado Asegurado _____

Domicilio del empleado asegurado: _____
Calle o Avenida Ciudad Estado Zona Postal

Parentesco con el asegurado: Asegurado Esposa hijo(a) Otro _____

Nombre de la asegurancia y domicilio: _____

Segunda Asegurancia
 Nombre del asegurado: _____ Esta asegurado el paciente? Yes No
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ No. de asegurancia: _____ Grupo _____

Domicilio del Asegurado: _____
Calle o avenida Ciudad Estado Zona Postal

Nombre del empleado asegurado: _____

Domicilio del empleado asegurado: _____
Street Ciudad Estado Zona Postal

Parentesco con el asegurado: Asegurado Esposa Hijo(a) Otro _____

Nombre de la asegurancia y domicilio: _____

Consentimiento de servicios

Como una condicion de su tratamiento en esta Oficina, arreglos financieros deben ser por adelantado esta oficina ha dependido del pago de los pacientes , por el costo incurrido en el cuidado sera responsabilidad por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

Todo servicio de emergencia dental, o cualquier servicio hecho sin previo arreglo financiero, debera ser pagado al contado al momento de ser ejecutado.

Pacientes que tengan asegurancia dental entienden que todo trabajo dental elaborado , sera cargado directamente al paciente o responsable por el pago de los servicios prestados. Esta oficina ayudara a preparar las formas de asegurancia o asistira en hacer cobros a las companias de asegurancia y acreditaremos cualquier pago a su cuenta. No obstante , esta oficina dental no puede asumir que los servicios rendidos seran cubiertos por su asegurancia.

Yo autorizo y requiero a mi asegurancia pagar directo a mi dentista mis beneficios, ademas autorizo a mi dentista, dar informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios, tambien autorizo el uso de la firma abajo en todo tramite de asegurancia.

Un pago por servicio de 11/2 % por mes (18% annual) y el saldo sin pagar sera cargado en la cuenta excedida por 60 dias a menos que haya habido arreglos financieros por escrito .

Yo entiendo que el cobro listado por esta oficina , puede ser unicamente extendido por un periodo de seis meses apartir de la fecha que el paciente tuvo su examen.

En consideracion por los servicios profesionales rendidos a mi o a mi requerido , por el Doctor, estoy de acuerdo de pagar por lo tanto por los servicios, al momento en que estos ocurran, en un periodo no mayor de (5) dias del cobro, si el credito fuera extendido. De nuevo estoy de acuerdo en pagar el razonable valor de los servicios, o debera ser cobrado a menos que yo la objete, por escrito en un periodo de tiempo por el pago, por lo tanto . De nuevo estoy de acuerdo que en el momento de el incumplimiento de mi palabra, no constituye a renunciar a ningun acuerdo o condicion y estoy de acuerdo en pagar los gastos y costos que se originen del abogado.

Doy mi autorizacion para que usted o a quien usted asigne de hablarme por telefono a mi casa o trabajo, para discutir cualquier problema relacionado con esta forma.

He leido las condiciones arriba del tratamiento y pago y estoy de acuerdo con el contenido.

Fecha: _____ Relacion con el paciente: _____
Firma del paciente, padre o guardian.

Fecha: _____ Relacion con el paciente: _____
Firma del responsable del pago.

