



# BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

Gracias por confiar en nosotros! Haremos lo mayor posible por hacer un excelente trabajo. Si tiene alguna duda/pregunta no dude en llamarnos.

## PATIENT INFORMATION

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 SS # \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Numero de trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre de esposo(a) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Nombre de las persona (que no viva con usted) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Estudiante:  Tiempo Complete  Tiempo Parcial Escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

	Familiares	Edad	Fecha de ultima visita al dentista
Esposo(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre de persona responsable \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_  
 Relacion del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Numero De licencia de manejo \_\_\_\_\_  
 SS # \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_ Seguro Dental  Si  No Seguro Secundario  Si  No  
 Nombre del Subscribidor de segur \_\_\_\_\_ Nombre del subscribidor de seguro \_\_\_\_\_  
 Relacion del paciente \_\_\_\_\_ Relacion del paciente \_\_\_\_\_  
 SS # \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Ins. Co. Or Plan \_\_\_\_\_ Ins. Co. Or Plan \_\_\_\_\_  
 Union/Grp. Name \_\_\_\_\_ Union/Grp. Name \_\_\_\_\_  
 Grupo o Poliza # \_\_\_\_\_ Grupo o Poliza # \_\_\_\_\_  
 Fecha de empleo \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Para su conveniencia, Ofrecemos los siguientes metodos de pago. Seleccione la opcion preferible para usted. Pague en total en cada cita.  
 Cash  VISA  Mastercard  CareCredit  GreenSky

Como escucho de esta oficina?  Amigos/Familia  Flyer  Google  Yelp  Facebook  Instagram  Otro \_\_\_\_\_

Motivo de visita?  Rutina Check-up  Dolor  Frenos  Sonrisa  Otro \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD DE FINANCIAS

Certifico que (yo), entiendo, y apruebo de cual quier servicio dental y/o surgico que pueda ser necesario o recomendado, y el uso de anestesia local o general que pueda ser recomendado por el dentista. Tambien se me a explicado las consecuencias de un tratamiento no completo o no tratamiento en lo absoluto. Autorizo a mi dentista en que puedan dar mi informacion medica (incluida dental) a la aseguranza por razones de reclamacion a la aseguranza, evaluacion, revision, auditoria financiera se mantiene valida y efectiva de la fecha en que se firmo hasta que sea revocado en escrito.

Autorizo a mi aseguranza que pague directamente a mi oficina dental u de otra manera el pago puede ser enviado a mi. Entiendo que mi aseguranza no paga completamente y que yo soy responsable de lo que resta por pagar. Entiendo que algunos servicios dentales ocupen un co-pago. La cantidad del co-pago varia dependiendo de la aseguranza/Seguro dental que tenga y el procedimiento que se haga asi como el deducible anual de mi aseguranza, Comprendo que tiene que estar cubierto antes de comenzar mi tratamiento dental. Tambien comprendo que los co-pagos tienen que estar pagados al empezar tratamiento. Un cargo de 15% al mes y (18% anual) sera cargado a la cuenta que deba dinero si no es pagada entre los primeros 30 dias de la fecha que se le dio servicio.

Comprendo que tratamientos dentales por mi dentista que no esten cubiertos por mi aseguranza/Seguro dental terminara en un pago extra que sera cargado por tal servicio.

Tambien comprendo que no presentarme a mi cita sera un extra pago sin alguna llamada 24 horas antes para cancelar.

Paciente/Tutor Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tutor Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	Presion arterial	Fecha	Seguro Dental
Año 1			
Año 2			
Año 3			
			Nombre
			Fecha De Nacimiento

Estas preguntas son para su beneficio y asegura que el tratamiento tomará en consideración a su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su preocupaciones dental, pero todas están asociadas con la atención adecuada de la salud oral. Por favor conteste cada pregunta y haga SÍ o NO según a su correspondencia.

### Historia de Salud

1. Esta usted en buena salud? SI NO
2. Esta ahora bajo atencion medica? SI NO  
   
 Si es asi, que enfermedad se esta curando? \_\_\_\_\_  
 El Nombre y # de telefono de mi medico es \_\_\_\_\_
3. Ha estado hospitalizado de una enfermedad seria u operacion? SI NO  
   
 Si es asi, explique? \_\_\_\_\_
4. Alguna vez a estado hospitalizado? SI NO  
   
 Si es asi, explique? \_\_\_\_\_
5. Esta tomando medicamento? O Cualquier droga recreativa (extasis, cocaina, etc) SI NO  
   
 Si es asi, explique? \_\_\_\_\_ Dosis? \_\_\_\_\_
6. Tiene sensibilidad o alergia a alguna medicina?  Penicilina  Tetraciclina  Drogas sofas  Aspirina  Codeina SI NO  
   
 Alguna otra? \_\_\_\_\_

### 7. Used tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

- |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| SI NO                                             | SI NO                                             | SI NO                                             | SI NO                                             | SI NO                                             |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Soplo Cardiaco                                    | Reemplazo de la articulacion                      | Epilepsia o convulsiones                          | Anemia                                            | Enfermedad del hígado                             |
| Alta Presion (sangre)                             | Alergias o ronchas                                | Dolencias del corazon o ataque                    | Ulcera                                            | Problema de sinusitis                             |
| Terapia de radiacion                              | Cortisona (esteroide)                             | Hepatitis o ictericia                             | Glaucoma                                          | Enfermedad de la                                  |
| Fiebre reumatica                                  | Sangrado excesivo                                 | Desmayos o convulsiones                           | Arthritis                                         | Addiction a las drogas                            |
| Tuberculosis (TB)                                 | Alergia al latex                                  | Quimioterapia (Cancer, Leucemia)                  | Enfisema                                          | Enfermedad del Rinonn                             |
| Marcapasos cardiacos                              | Articulaciones de la mandibula                    | Enfermedad venerea (Sifilis, Gonorrea)            | Herpes labial                                     | VIH/SIDA                                          |
| Trastornos nerviosos                              | Enfermedad respiratoria                           | Protesis artificial                               | Moretones                                         | Asma                                              |
| Enfermedad de tiroides                            | Trastorno mental                                  | Angina de pecho                                   | Lesioes craneales                                 | Hemofilia                                         |
| Tumores y crecimientos                            | Tratamiento psiquiatrico                          | Lesiones congenitas del Corazon                   | Diabetes                                          | Derrame cerebral                                  |
| Transfusion de sangre                             | Paralisis cerebral                                | Heart Surgery (Valve Replacement)                 | Articulaciones artificiales                       |                                                   |

8. Tienne alguna enfermedad o condición que non este en la lista? SI NO  
   
 Si es asi, cual? \_\_\_\_\_
9. Fuma, si es ami cuanntas cajetillas al dia? \_\_\_\_\_ SI NO
10. Esta usted tomando o ha tomado la droga "Phenn-Phen"?  SI  NO
11. (Mujeres) Alguna prosibilidad que este embarazada?  SI  NO
12. (Mujeres) Tiene problemas asociados con su periodo menstrual?  SI  NO
13. (Mujeres) Esta tomando pastillas anticonceptivas?  SI  NO

### Historia dental

1. Ha Tenido anestesia loca? SI NO
2. Ha tenido alguna reacción alérgica a la anestesia local? SI NO
3. Ha tenido problemas asociados con algún procedimiento dental? SI NO  
   
 Si es asi, explique: \_\_\_\_\_
4. Cual fue la ultima vez que tuvo rayos x dentales? \_\_\_\_\_
5. Cual fue la ultima vez de su tratamiento dental? \_\_\_\_\_
6. Ha tenido algún accidente que haya causado problemas dentales?  Si  No Cuando \_\_\_\_\_
7. El tratamiento dental lo pone nervioso?  No  Un poco  Moderado  Extremadamente

**En mi conocimiento, todas las respuestas son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo un cambio en mi salud o en medicinas sin duda avisare a mi oficina dental o a mi doctor.**

Paciente/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Doctor Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_