

Dental Impressions

Gracias por escoger nuestro equipo de cuidado de salud dental.
Nos esforzaremos por suministrarle el mejor cuidado dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer sus necesidades de cuidado de salud dental, por favor llene este formulario completamente con lapicero. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos – estaremos contentos de ayudarle.

Paciente _____

SS / SIN _____

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

E-mail _____ Teléfono Móvil _____

Marque la casilla correcta: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Si es un estudiante, el Nombre de la Escuela/Colegio _____ Ciudad _____ Estado _____ Tiempo Completo Tiempo Parcial

Paciente o Padre / Empleador del Guardián _____ Teléfono de Trabajo _____

Cónyuge o Padre / Nombre del Guardián _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿A quién le agradecemos por referirlo? _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la Persona Responsable para esta Cuenta _____ Relación con el Paciente _____

Dirección _____ Teléfono de Casa _____

E-mail _____ Teléfono Móvil _____

Licencia de Conducir _____ Fecha de Nacimiento _____ Institución Financiera _____

Empleador _____ Teléfono de Trabajo _____ # SS/SIN _____

¿Es esta persona actualmente un paciente nuestro? Sí No

Para su conveniencia, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Por favor escoja la opción que usted prefiera. El pago completo debe hacerse en cada cita. Efectivo Cheque Personal Tarjeta de Crédito VISA Master Card Discuta la política de pago de la oficina.

Información del Seguro

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ # SS / SIN _____ Fecha en que empleó _____

Nombre del Empleador _____ # de Unión o Local _____ Teléfono del Trabajo _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO MÉDICO ADICIONAL Y/U OTRO SEGURO? Sí No

Si contestó sí, complete lo siguiente:

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ # SS / SIN _____ Fecha en que empleó _____

Nombre del Empleador _____ # de Unión o Local _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Historial Médico del Paciente

Doctor _____ Teléfono de Oficina _____ Fecha del Último Examen _____

1. ¿Está Ud. actualmente bajo tratamiento médico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	9. ¿Tiene alergias o reacciones a los siguientes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por cirugía o enfermedad grave en los últimos 5 años? Si contestó sí, por favor explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésias Locales (Por ejemplo: Novocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando algún medicamento? ¿Incluyendo medicina sin prescripción? Si contesta que sí, ¿Cuál es el medicamento? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha fumado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene actualmente o ha tenido los siguientes?			Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cualquier metal (Por ejemplo: Níquel, Mercurio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex, Plástico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillos inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Tiene alguna tos persistente o molestia en la garganta que no está asociada con una enfermedad conocida? (de más de 3 semanas de duración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos/Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Mujeres Solamente:		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) ¿Está embarazada o piensa que puede estarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) ¿Está dando de mamar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) ¿Toma anti-conceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcador de pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cansancio frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Reemplazo o Imp. de articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis /Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enf. de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas de estómago/Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Falto de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fiebre de heno/alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Terapia con radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pérdida reciente de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Dental del Paciente

Nombre de Dentista Anterior _____ Lugar _____ Fecha del último examen _____

1. ¿Se le desangran las encías cuando se cepilla o pasa hilo dental?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene dientes sensibles a líquidos/comidas frías o calientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Traba o rechina sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene dientes sensibles a líquidos/comidas dulces o ácidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Se muerde los labios o mejilla frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente algún tipo de dolor en sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Alguna vez ha tenido extracciones de dientes difíciles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene úlceras o bultos en o cerca de su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha sufrido mucho sangramiento por extracciones difíciles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido lesiones en su cabeza, cuello o mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Ha pasado por algún tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha sentido uno de los siguientes problemas en su mandíbula?			14. ¿Alguna vez ha usado dentaduras postizas o parciales?		
Se traba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesta sí, la fecha de reemplazo es _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor (articulación, oído, lado de la cara)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez ha recibido instrucciones de higiene oral con respecto al cuidado de sus dientes o encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrir o cerrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Le gusta su sonrisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al masticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autorización y Liberación

Yo certifico que he leído y entendido la información arriba descrita al mejor de mi conocimiento. Las preguntas arriba han sido respondidas con exactitud. Entiendo que suministrar información incorrecta puede presentar un peligro para mi salud. Autorizo al dentista para que libere cualquier información incluyendo de diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examinación que se me ha suministrado a mi o mi hijo durante el cuidado de dicho cuidado dental a terceras partes que pagan y/o profesionales de salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguro para que pague directamente al dentista o grupo dental, beneficios de seguro que de otra manera se me pagan a mí. Entiendo que el proveedor de seguro dental puede pagar menos que el monto total en la factura emitida por servicios prestados a mí. Conuerdo en que soy responsable por pago de todos los servicios suministrados a mí o a mis dependientes.

X
Firma del Paciente (o padre/guardián si se trata de un menor de edad) _____

Comentarios del Doctor _____

Firma

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted Puede Rehusar Firmar Este Reconocimiento

Yo, _____ he recibido una copia de la Notificación de esta oficina sobre Prácticas de Privacidad.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Solo para uso de la oficina

Intentamos obtener un reconocimiento escrito de recibo de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- La persona no quiso firmar
- Barreras en la comunicación evitaron la obtención de reconocimiento
- Una situación de emergencia evito que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro (por favor especifique) _____

