

Fecha de hoy _____

Información del paciente:

Sr. Sra. Srta. Dr. Nombres _____ M.I. _____ Apellidos _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Seg. Social. # _____ E-mail _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfono(_____) _____ Celular.(_____) _____ Alguna vez ha sido paciente de nuestra practica? Si No

Referido por _____ Alguno de sus familiares ha sido nuestro paciente? Si No

Dentista NOMBRE _____ APELLIDO _____ Ortodontista NOMBRE _____ APELLIDO _____ Doctor NOMBRE _____ APELLIDO _____

Familiar cercano que no viva con usted NOMBRE _____ APELLIDO _____ Telf(_____) _____

Empleador _____ APELLIDO _____ Telf.(_____) _____ Ext. _____

En caso de emergencia por favor contactar a _____ Telf. (_____) _____ Relación _____

Esposo (a) u otro fiador de información: (si es diferente al ya mencionado)

Nombres NOMBRE _____ APELLIDO _____ Relación _____ S.S.# _____ Fecha de Nacimiento _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Telf. (_____) _____ Empleador _____ Telf.(_____) _____

INFORMACION DE FARMACIA:

Nombre de la farmacia:
Habla a:

Información del Seguro:

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No. Nombre de la escuela y dirección _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ DIRECCION _____

CIUDAD _____ STATE _____ CP _____

Compañía principal de Seguro dental:

Nombre del asegurado NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular. (_____) _____

_____ Custodia / Orden judicial a lugar? Si No

Empleador _____

Nombre el grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Compañía de seguros médicos principal:

Nombre del asegurado NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular (_____) _____

_____ Custodia / Orden judicial a lugar? Si No

Empleador _____

Nombre del grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Compañía de Seguro dental secundaria:

Nombre del asegurador NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular. (_____) _____

_____ Custodia / Orden Judicial a lugar? Si No

Empleador _____

Nombre del grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Compañía de Seguro médico secundaria:

Nombre del asegurador NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular (_____) _____

_____ Custodia / Orden judicial a lugar? SI No

Empleador _____

Nombre del Grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Historia medical:

Para nuestros pacientes: a pesar de que los cirujanos orales principalmente tratan el área adentro y alrededor de su boca, su boca es solo una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que podría padecer, o la medicación que usted podría estar tomando puede tener una importante interrelación con el cuidado que recibirá, gracias por responder las siguientes preguntas. Sus respuestas son para nuestros registros y serán consideradas confidenciales.

Razón de su visita _____

- | | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Estatura _____ Peso _____ ¿Posee ud un buen estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha habido algún cambio con respecto a su salud desde el año pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta ud. Bajo el cuidado de algún doctor? Fecha de su última visita: _____
<i>¿Si la respuesta es si indique que está siendo tratado?</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido ud alguna enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la respuesta es si, explique</i> _____ | | |
| 5. Tiene usted sin sanar / heridas recurrentes, áreas inflamadas, crecimientos o puntos dolorosos adentro o | | |
| 6. alrededor de su boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la respuesta es si indique donde</i> _____ | | |
| 7. Tiene usted alguna prótesis de articulación/ implante / remplazo de valvular coronaria? <i>¿Donde?</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alguna vez ha recibido anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha tenido usted o alguno de sus familiares alguna reacción inusual o seria hacia la anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha tenido, o actualmente tiene:	si	no
11. Asma		
12. ¿Dificultad para respirar?		
13. ¿Otros problemas pulmonares / tos?		
14. ¿Marca pasos / Válvula cardiaca sustituida?		
15. ¿Problemas cardiacos?		
16. ¿Dolor de pecho?		
17. ¿Pulsaciones irregulares?		
18. ¿Cirugía de corazón?		
19. ¿Accidente cerebrovascular (ACV)?		
20. ¿ Problemas para subir dos tramos de la escalera?		
21. ¿Presión sanguínea alta o baja?		
22. ¿Apnea del sueño / Usa CPAP?		
23. ¿Desordenes sanguíneos?		
24. ¿Moretones / Sangra fácilmente?		
25. ¿Hepatitis / Enfermedades del hígado?		
26. ¿ Se desmaya con facilidad?		
27. ¿Convulsiones?		
28. ¿Problemas de la tiroides?		
29. ¿Diabetes?		
30. ¿Problemas renales?		
31. ¿Diálisis?		
32. ¿Colesterol alto?		
33. ¿Artritis?		
34. ¿Osteoporosis?		
35. ¿Prótesis de alguna articulación?		
36. ¿Ulceras estomacales / Reflujo?		
37. ¿Problemas del Sistema inmunológico?		

Ha tenido, o actualmente tiene:	si	no
38. ¿ Sana lentamente?		
39. ¿Tumor o crecimiento?		
40. ¿Cáncer / Radiación / Quimioterapia?		
41. ¿Enfermedades oculares / glaucoma?		
42. ¿Problemas mentales / ansiedad / depresión?		
43. ¿Retraso del desarrollo?		
44. ¿Prótesis dental removible?		
45. ¿Dolor o chasquido en la mandíbula?		
46. ¿Enfermedad Contagiosa?		
47. ¿Alguna otra condición / problema que no esté en la lista?		
48. Otra condición: _____		
49. ¿Fuma?		
50. # paquetes / día _____		
51. ¿Toma alcohol?		
52. Frecuencia? _____		
53. ¿Drogas ilícitas?		

Solo mujeres: (preguntas 67-70)

- | | si | no | | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 67. Existe la posibilidad de estar embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 69. ¿Esta Ud. amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. ¿Fecha estimada de parto? _____ | | | 70. ¿Se encuentra tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

nota: antibióticos (como la penicilina) puede alterar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su Dr. sobre otros métodos anticonceptivos.

Toma actualmente alguno de estos medicamentos: Si / No			
71. ¿Cualquier tipo de medicina, droga, o píldora?			
72. ¿Anticoagulantes (Coumadin, Plavix, Aspirina, Vitamina E, Ginko biloba, Aggrenox, Pradaxa, Aceite de pescado)?			
73. ¿Alguna vez ha tomado pastillas para adelgazar?			
74. ¿Algún suplemento natural, herbal o remedio homeopático?			
75. Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para la densidad ósea o bisfosfonatos como Fosamax, Boniva, Actonel, IV– Zometa, Aredia, Xgeva, Prolia, o Reclast en los últimos 12 años?			
76. Tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, y/o narcóticos regularmente? Si es así por favor indique cuales:			
77. Por favor haga una lista con los medicamentos que toma actualmente. Use la parte de atrás de ser necesario o, si usted tiene una lista entréquenlas para fotocopiarlo.			
	Medicación	Dosis	Frecuencia
	Ninguno		

¿Si usted va a operarse hoy, Usted ha comido algo durante las últimas 8 (ocho) horas? Si No

¿Quién lo llevara a su casa? _____

Existe alguna condición referente a su salud que el Doctor debería conocer: Si No – Si es así explique:

Es usted alérgico o a tenido alguna reacción alérgica: Si / No			
78. Anestesia local (calmantes.)?			
79. Penicilina?			
80. Otros Antibióticos?			
81. Sulfamidas?			
82. Pentotal de sodio/ Valium / u otro tranquilizante?			
83. Aspirina?			
84. Amoxicilina?			
85. Codeína u otros narcóticos?			
86. Otras medicaciones?			
87. Látex?			
88. Soya?			
89. Huevos / yema?			
90. Sulfatos?			
91. Tiene Ud. alguna alergia que conozca?			
92. Por favor indique cualquier otra alergia o medicamentos a los que es alérgico: Ninguno			

Tiene Ud. Antecedentes familiares de:

Cáncer Diabetes Enf. Cardiacas Problemas de anestesia

	SI	NO
93. ¿Le han recetado narcóticos para el dolor?		
94. Si así fue, ¿funcionó como deseado?		

Yo certifico que he leído y que entiendo las preguntas realizadas anteriormente. Estoy en conocimiento que las preguntas expuestas arriba han sido contestadas por mi satisfacción. No hare a mi doctor o su personal responsable por ningún error de omisión que yo haya cometido cuando complete el siguiente formulario.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre o Guardian del menor) Fecha

Tarifas & Pagos

Nosotros hacemos el esfuerzo para mantener los precios bajos para su cuidado. Usted puede ayudar pagando después de cada visita. Otros arreglos pueden ser realizados por nuestro gerente dependiendo de algunas circunstancias especiales. Un estimado del pago por cada procedimiento o cirugía que usted pueda requerir, le será suministrado a pedido. Si usted tiene algún seguro dental o médico, estaremos dispuestos a llenar los formularios requeridos, pero por favor llene la información de identificación solicitada en este formulario.

Por favor recuerde que el Seguro es considerado un método de reembolso para el paciente para pagar los honorarios del doctor, no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan por ciertos procedimientos, mientras otras solo pagan un porcentaje del precio total. **Es su responsabilidad pagar por cualquier excente o cualquier otro pago que no sea realizado por su compañía de seguros.** Usted será responsable por todos los costos de colección, honorarios del abogado y gastos de la corte.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre o Guardian del menor) Fecha

La firma de este documento es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago al médico nombrado de los beneficios que de otro modo se pagarían a mí.

X _____ **X** _____
Firma del paciente: (Padre o Guardia del menor) Fecha

Autorización

Autorizo a mi cirujano y su personal designado, para realizar una examinación oral y maxilofacial, con el propósito de diagnosticar y planear mi tratamiento. Además, autorizo a tomar todas las radiografías necesarias como parte mi examinación. Así mismo, si es medicamento necesario, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria en el proceso de mi evaluación y tratamiento a mis otros doctores o aseguradores. Permiso que me sean dejado mensajes en mi teléfono o celular con respecto a mis citas médicas.

X _____
Firma del paciente (Padre o Guardian del menor)

Por medio de la presente reconozco que una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de esta oficina estarás disponibles para mí. Se me ha dado la oportunidad de preguntar cualquier pregunta con respecto a esta notificación.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (*Padre o Guardian del menor*) **Fecha**