

# INFORMACION DEL PACIENTE E HISTORIA MÉDICA

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial  
 Masculino  Femenino  Casado(a)  Soltero(a)  Niño  Otro: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Número de Apartamento  
Ciudad Estado Zona Postal  
TEL (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_  
Y Dirección \_\_\_\_\_

## Aval/Información de Esposo(a)

Lo siguiente es para:  Persona Responsable por el Pago  Esposo(a) del paciente  
Nombre: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado(a)  Soltero(a)  Niño  Otro: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
TEL (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_  
Dirección (en caso de que sea diferente a la antes mencionada) \_\_\_\_\_  
Calle Número de Apartamento  
Ciudad Estado Zona Postal  
Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

## Información Del Seguro Dental Primario

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ ¿EL suscriptor es paciente?  Si  No  
Apellido Nombre Inicial  
Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Identificación/SSN \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Dirección del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona Postal  
Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona Postal  
Relación del Paciente con el Suscriptor:  Mismo  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección y Telefono: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona Postal Teléfono

**Por favor informe a nuestra oficina de la existencia de algún otro seguro adicional.**

## Historia Dental

Fecha de la última visita dental: \_\_\_\_\_  
¿Esta contento(a) con la apariencia de sus dientes?  Si  No  
¿El tratamiento dental le hace sentirse nervioso(a)?  Si  No Si contesto si,  Poco  Moderado  Mucho  
¿Ha tenido alguna mala experiencia dental?  Si  No  
¿Ha recibido algún procedimiento dental?  Si  No  
¿Ha tenido alguna complicación con seguir algún tratamiento dental?  Si  No  
Si contestó si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_  Paciente  Doctor  Directorio  Otro \_\_\_\_\_

## Información Médica

¿Ha padecido usted alguna de las siguientes enfermedades? Por favor marque todas las que se apliquen a su caso:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV                | <input type="checkbox"/> Cortisona Medicine             | <input type="checkbox"/> Hepatitis                      | <input type="checkbox"/> Radiación/Quimioterapia       |
| <input type="checkbox"/> Alergias (de Temporada) | <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta          | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Adicción de Drogas/Alcohol     | <input type="checkbox"/> Bilirrubina                    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatoide             |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho         | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones          | <input type="checkbox"/> Células Falciformes           |
| <input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Epilepsia                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado           | <input type="checkbox"/> problemas respiratorios       |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo              | <input type="checkbox"/> Desorden Mental                | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Desmayo/Mareos                 | <input type="checkbox"/> Desorden Nervioso              | <input type="checkbox"/> Embolia                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma                       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides     |
| <input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad | <input type="checkbox"/> Tumores                        | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Lastimadura en la Cabeza       | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina        | <input type="checkbox"/> Enfermedades Veneras          |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeína    | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón          | <input type="checkbox"/> Embarazo                       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Ampollas/llagas/Ulceras | <input type="checkbox"/> murmullo en el Corazón/válvula | <b>Fecha de Alumbramiento</b> _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética       | <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón            | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico _____ |  |

Explicación de las selecciones anteriores: \_\_\_\_\_

Ha tomado o actualmente esta tomando *Actonel, Boniva, Didronel, Fosamax, o Skelid.*

Ha tomado o esta tomando alguna medicina con Receta para adelgazar incluyendo *Phen Fen o Redux.*

Nombre del Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

Medicinas actuales (incluya las compradas sin receta, vitaminas, hierbas): \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico(a) o ha tenido alguna reacción adversa hacia algún medicamento o sustancia?  Si  No

¿Ha sido internado(a) en el hospital o ha necesitado cuidados de emergencia durante los últimos dos años?  Si  No

¿Esta bajo algún tratamiento medico?  Si  No Si respondió si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud que necesite más explicación?  Si  No

Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma o consume productos de tabaco?  Si  No si contesto si, ¿Que cantidad? \_\_\_\_\_

¿Consume más de 7 bebidas alcohólicas (incluyendo cerveza y vino) en una semana?  Si  No

¿Usted padece de Dolores en el pecho, fatiga o se siente muy cansado cuando sube las escaleras o pasea?  Si  No

¿Se ha despertado por no poder respirar?  Si  No ¿Utiliza mas de 2 almohadas para dormir?  Si  No

¿Se le hinchan sus tobillos durante el día?  Si  No

¿Ha aumentado o perdido más de 10 Libras Durante el último año?  Si  No ¿Tiene alguna dieta especial?  Si  No

**De acuerdo a mi conocimiento, todas las respuestas arriba mencionadas son correctas y verdaderas. Si en algún momento hay un cambio en mi salud, notificare a los doctores en mi próxima cita sin falta.**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente, Padre o Tutor**

### Acuerdo de Pago

Yo entiendo la responsabilidad de los pagos por servicios otorgados por parte de esta oficina para mi o mis dependes al momento de recibir los mismos al menos de que se haya llegado a un plan de pago. Entiendo que esta oficina preparará las formas de reclamos para el seguro, ayudarán a obtener pagos de las compañías de seguro y darán crédito de esos pagos a mi cuenta. Autorizo el pago directo de los beneficios del seguro hacia el doctor. **Entiendo que es mi responsabilidad hacer el pago del balance total en un reclamo que se haya hecho a la compañía de seguro que tenga más de 75 días.** Entiendo que se agregará el 1.5% por cargos de servicio (18% por año) a servicios no pagados que exceden los 90 días. Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental recibido sin previo plan de pago deberán de ser pagados al momento de recibir los servicios. Entiendo que los precios estimados para este servicio dental solo pueden ser válidos por un periodo de 6 meses a partir de la fecha del reconocimiento del paciente.

**He leído las condiciones arriba mencionadas del tratamiento y plan de pago, y estoy de acuerdo con su contenido.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente, Padre o Tutor**