



## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE APARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F      FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

### ***INFORMACION DEL PADRE/MADRE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD):***

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F      FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ***INFORMACION DEL SEGURO:***

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ SS/ID #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### ***AUTORIZACION:***

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y cedemos a **Dr. Nguyen** todos los beneficios del seguro. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro. El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. La Porción estimada, deducible, o el co-payment tienen que ser pagado el día que se haga el tratamiento dental.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

### **NUESTRA POLIZA:**

Le pedimos que muestre consideración a nuestra oficina y **notifique por lo menos con 48 horas de anticipo** si no puede asistir a su cita. Nos gustaría tener la opción de ofrecer esa cita a otro paciente que necesite ver al Doctor. **Si no da previo aviso o no cancela con 48 horas de anticipo, la oficina tiene el derecho de cobrar \$25 de multa.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

## HISTORIAL MEDICO

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata            |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo            | <input type="checkbox"/> Tos persistente            | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta     | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar    |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardiacas artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea            |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular           | <input type="checkbox"/> Apoplejía                   |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Desmayos                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones |
| <input type="checkbox"/> Problemas lumbares              | <input type="checkbox"/> Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática        | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea            | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza          | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco             | <input type="checkbox"/> Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                 |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos         | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos        | <input type="checkbox"/> Radioterapia               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                   | <input type="checkbox"/> Tos con sangre             | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria    | <input type="checkbox"/> Ulcera                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios         | <input type="checkbox"/> Hemofilia                  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea          |

### Mujeres:

Esta embarazada?  Si  No    Cuantos Meses: \_\_\_\_\_    Esta dando de lactar?  Yes  No

Toma tabletas anticonceptivas?  Yes  No

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ESTE

ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO :

TOMANDO ACTUALMENTE:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Las preguntas en este formulario han sido contestadas bajo lo mejor de conocimiento. Entiendo que al proveer información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud médica. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental cualquier cambio en mi estatus medico.

Firma del paciente, Padre/madre, tutor o representante personal: \_\_\_\_\_

### PACIENTES SIN SEGURO:

LA VISITA INICIAL INCLUYE RADIOGRAFIAS, UN EXAMEN COMPLETO, Y UNA LIMPIEZA REGULAR (SI ES DIAGNOSTICADO CON PROBLEMAS PERIODONTALES, NO SE LE OTORGARA LA LIMPIEZA REGULAR). SE LE DARA UN ESTIMADO DEL TIPO DE LIMPIEZA QUE NECESITE. DE CUALQUIER FORMA USTED ESTA OBLIGADO A PAGAR LOS \$79.00 DOLARES. SE LE OTORGARA UN DESCUENTO DEL 25% A TODO PACIENTE SIN SEGURO. EL DESCUENTO APLICA A TODO TRATAMIENTO MENOS ORTODONCIA, BLANQUEAMIENTO O PRODUCTOS DENTALES.

YO \_\_\_\_\_ ENTIENDO LAS CONDICIONES QUE APLICAN A LA OFERTA DE \$79.00

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA