

TIEMPO

FECHA

**REGISTRO DEL PACIENTE**

ID: \_\_\_\_\_

Chart ID: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

El Paciente es:  El Asegurado  La Persona Responsable

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Persona Responsable (Si es que no es el paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Buscapersonas: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Licencia De Conducir: \_\_\_\_\_

La Persona Responsable Tambien es El Asegurado

El Asegurado de la Póliza de Seguro Primaria

El Asegurado de la Póliza de Seguro Secundaria

Información del paciente

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Buscapersonas: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Soc Sec: \_\_\_\_\_

Licencia De Conducir: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Me Gustaría Recibir Correspondencias a Través de Correo Electrónico

Section 2

Section 3

Estado Laboral:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Jubilado(a)

Estado de Estudiante:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

Medicaid ID: \_\_\_\_\_

Pref. Dentist: \_\_\_\_\_

Employer ID: \_\_\_\_\_

Pref. Pharmacy: \_\_\_\_\_

Carrier ID: \_\_\_\_\_

Pref. Hyg: \_\_\_\_\_

Información de Seguros Primaria

Nombre de El Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado  Mismo  Cónyuge  Hijo(a)

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de El Asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_

Rem. Deduct: \_\_\_\_\_

Información de Seguros Secundaria

Nombre de El Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado  Mismo  Cónyuge  Hijo(a)

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de El Asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Esta usted en una dieta especial?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Usa tabaco?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Usted usa sustancias controladas?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No    Toma anticonceptivos orales?  Sí  No    Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina       Penicilina       Codeína       Acrílico       Metálico       Látex       Anestésicos locales      Sulfamida  
 Otros    En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- |                                |   |                                  |   |  |   |                                   |   |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                |   |                                  |   |  |   | La ictericia amarilla             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **POLIZA FINANCIERA**

- **PACIENTES NUEVOS**

Todos los pacientes nuevos necesitan pagar en total para su primera visita el procedimiento del día. Aceptamos VISA, MASTERCARD, DISCOVER. CHEQUES PERSONALES y DINERO EN EFECTIVO.

- **PACIENTES EXISTENTES**

Si tiene aseguranza dental por favor de proveemos una forma de aseguranza firmada por usted y tomaremos copia de su tarjeta de aseguranza. Como una cortesía. nosotros le enviamos el cobro a su aseguranza. La oficina requiere que usted pague el porcentaje que no sera cubierto por su aseguranza y sus deductibles en cada cita. (Por ejemplo: si el costo de su cita es de \$ 100.00 y su aseguranza cubre el 80% por ese procedimiento usted pagara \$ 20.00 por esa visita.

- **ASEGURANZA**

**SI SU ASEGURANZA NO PAGA USTED ES RESPONSABLE DEL BALANCE!**

- **CITAS PERDIDAS**

Si no puede mantener su cita necesitamos que nos informe 48 HORAS antes de su cita. Esto nos permite darle ese tiempo valioso a otro paciente. Nosotros nos reservamos el derecho de cobrar \$ 50.00 si no nos notifica 48 HORAS antes.

Su firma confirma que usted ha leído, entendido y esta de acuerdo con esta póliza financiera.

---

**Finia del Paciente/ Persona Responsable**

---

**Fecha**

En caso que su cuenta sea delincente, esta oficina tomara acción necesaria para colectar la deuda.

¿Cómo podemos comunicarnos?

Su dentista y otros miembros del personal necesitarán ocasionalmente contactarlos. Completando la información abajo, podremos mejor servirle.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ . Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono casero/de la tarde \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo/del día \_\_\_\_\_

Célular/ otro teléfono \_\_\_\_\_

Smile Solutions Dental Center; Para proteger su privacidad, hemos desarrollado una política en dejar o discutir cualquier clase de información médica.

- No dejaremos mensajes con cualquier persona excepto el paciente / el guardian legal
- No dejaremos ninguna información en su máquina de mensajes
- No dejaremos ninguna mensajes en un correo de voz.

## **A MENOS QUE**

**TENGAMOS SU PERMISO ESCRITO**

Lea por favor abajo y considere cuidadosamente a quién usted desea para tener acceso a su información médica/dental.

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi permiso para dejar que Smile Solutions Dental Center deje un mensaje telefónico con respecto mi cuidado, recordatorio médicos/dentales de la cita o de discutir mis ediciones médicas/dentales con el siguiente. Entiendo completamente que seguirá habiendo este consentimiento hasta revocado en la escritura.

Mi contestador automático/correo de voz casero \_\_\_\_\_ Iniciales

Mi correo de el teléfono celular \_\_\_\_\_ Iniciales

Mi correo de voz de la oficina/de el trabajo \_\_\_\_\_ Iniciales

Mi esposo(a)/pareja/compañero(a) \_\_\_\_\_ Iniciales

Miembro(s) de la familia \_\_\_\_\_ Iniciales

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Iniciales

Relacion \_\_\_\_\_ Iniciales

Reconozco que llené este formulario y he recibido una copia del aviso de Smile Solutions Dental Center de las prácticas de la aislamiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA