

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. CÍRCULO RESPUESTA APROPIADA :

1. Sí No ¿Su salud general es buena? En caso, ¿por qué?

negativo 2. Sí No ¿Ha habido un cambio en su salud en el último año?

3. Si ¿estuvo No hospitalizado o tuvo una enfermedad grave en los últimos tres años? ¿Si es así por qué? _____

4. Sí No ¿Está siendo tratado por un médico ahora? ¿La razón?

Mo / año del último examen médico: _____ Mes / año del último examen dental: _____

5. Sí No ¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental anterior? ¿Que eran? _____

6. Sí No ¿Tienes dolor ahora? ¿Dónde? _____

II. ¿HA EXPERIMENTADO:

7. Sí No Dolor en el pecho (angina)?
migraña?

13. Sí No ¿ Dolores de cabeza por

8. Sí No ¿ Falta de aliento?

14. Sí No ¿ Desmayos?

9. Sí No Problemas de sangrado, moretones fácilmente

15. Sí No ¿ Convulsiones?

10. Sí No ¿Problemas sinusales?

16. Sí No ¿Boca seca?

11. Sí No ¿ Vómitos frecuentes, náuseas?

17. Sí No ¿Dolor en las articulaciones, rigidez?

12. Sí No Mareos?

En caso afirmativo, qué articulaciones:

III. ¿TIENE O HA TENIDO:

18. Sí No ¿Enfermedad cardíaca?

27. Sí No ¿Anemia?

19. Sí No ¿Ataque al corazón? Fechas: _____

28. Sí No ¿Tumores/cáncer? Tipo:

20. Sí No ¿Defectos cardíacos o soplos?

29. Sí No Artritis, reumatismo?

21. Sí No Diabetes? Tipo I o II?

30. Sí No VIH / SIDA?

22. Sí No Accidente cerebrovascular? Fechas: _____

31. Sí No VD (sífilis, gonorrea)?

23. Sí No ¿Presión arterial alta?

32. Sí No Herpes (oral o genital)?

24. Sí No ¿Asma, enfisema, enfermedades pulmonares?

33. Sí No ¿Riñón, enfermedad de la vejiga?

25. Sí No ¿Problemas estomacales, úlceras?

34. Sí No ¿Tiroides, enfermedad suprarrenal?

26. Sí No Osteoporosis

35. Sí No Hepatitis, enfermedad hepática?

Enumere cualquier problema de salud mental o de comportamiento (demencia, Alzheimer, discapacidad de aprendizaje, retraso del desarrollo, TDAH):

IV. ¿TIENE O HA TENIDO:

36. Sí No Atención psiquiátrica (bipolar, depresión)?

40. Sí No ¿Tratamientos de radiación?

37. Sí No ¿Marcapasos?

41. Sí No ¿Quimioterapia?

38. Sí No ¿Válvula cardíaca protésica?

42. Sí No ¿ Transfusiones de sangre?

39. Sí No Articulación artificial? ¿Cual?

V. Medicamentos:

43. Sí No hay drogas recreativas? (Si we necesidad de saber, sino que podría ser peligroso si no lo hacemos Voy a ser confidencial.): _____
- 44) Sí ¿Sin bisfosfonatos por vía oral o intravenosa (Boniva, Fosamax, Reclast)?

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS y para qué sirven, recetas, así como medicamentos de venta libre y herbales:

Enumere TODAS LAS ALERGIAS a medicamentos, alimentos, medicamentos, látex:

VI. SOLO MUJERES:

45. Sí No ¿Está o podría estar embarazada? Fecha de vencimiento: 46. Sí No ¿Está amamantando?

VII. TODOS LOS PACIENTES:

47. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO figura en este formulario? Si es así, explique:

Hasta donde sé, he respondido todas las preguntas de manera completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud y / o medicación.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del tutor: _____

Fecha: _____

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Sexo: MF	Fecha de nacimiento	Edad	Hoy Fecha
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Marque uno: Soltero, casado, separado, viudo		Ocupación		Teléfono celular
Su empleador	Cuánto tiempo ha empleado		su Soc Sec. #	Teléfono de casa
¿Es usted un estudiante a tiempo completo? • Sí • No	<i>Si el paciente es menor de edad, necesitamos::</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Fecha de nacimiento del padre:</i>	
Persona responsable de la cuenta	Número de licencia de conducir			
Nombre del cónyuge (padre si es menor)	Dirección de correo electrónico			
Empleador del cónyuge (padre)	Soc. Del cónyuge. Segundo. #		Teléfono de trabajo	
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?	INFORMACIÓN DE EMERGENCIA			
Motivo de esta visita	Nombre, dirección y teléfono de _____ Un familiar que no vive con usted.			

DENTAL INFORMACION DE SEGURO (Primary Carrier)			Si tiene una cobertura de seguro doble, completar esto para la segunda cobertura		
del Asegurado Nombre	Fecha de nacimiento	SS #	nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	SS #
de afiliado el empresario			del asegurado empleador		
Insurance Co			Insurance Co		
Insurance Co Dirección			Insurance Co Dirección		
Teléfono			Teléfono #		
Grupo #	Local #		Grupo #	Local #	

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención médica dental. Nos comprometemos a brindarle la más alta calidad de atención dental de por vida, para que pueda lograr una salud bucal óptima. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento.

El pago se debe en el momento en que se brinda el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa y Discover. El financiamiento está disponible a solicitud y aprobación.

Tenga en cuenta: Usted será responsable de cualquier cobro y / o cargos legales incurridos hasta un 35%.

¿Tienes seguro?

- Como cortesía para usted, lo ayudaremos a procesar sus reclamos de seguro. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación del seguro, sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará exactamente lo estimado. Su compañía de seguros y los beneficios de su plan finalmente determinan el monto pagado. Por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su estimación sea lo más precisa posible.
- Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.
- Le pedimos que firme este formulario y / o cualquier otro documento necesario que pueda requerir su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente en nuestra oficina.



Le pedimos que pague cualquier deducible y copago, cualquier parte de su paciente, no cubierta por su compañía de seguros, en el momento en que le proporcionamos el servicio, o antes.

- Los pagos del seguro generalmente se reciben dentro de los 30-60 días desde el momento de la presentación. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le pediremos que se comunique con su compañía de seguros para asegurarse de que se espera el pago. **Si no se recibe el pago o se rechaza su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento.**
- Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudarlo a pagar el reclamo. Sin embargo, nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros por ningún reclamo.

Le agradecemos la oportunidad de atender sus necesidades de atención de salud dental y agradecemos cualquier pregunta que pueda tener sobre su atención o nuestra política financiera.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES. AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A MI OFICINA DENTAL.

FIRMA DEL PACIENTE (Padre del niño) _____ Fecha: _____