



Información del Paciente

¿Como supo de nuestra oficina? _____

Nombre _____

Apellido

Primer Nombre

Inic. Nombre

Preferencia

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) _____ Seguro Social (#) _____

Genero M F Estado Civil: Casado(a): _____ / Soltero(a) _____ / Divorciado(a) _____

Licencia de Conducir (Estado): _____ Numero de Licencia de Conducir: _____

Dirección de Hogar:

Calle: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de Teléfono:

Celular: _____ Hogar: _____

Trabajo: _____ Correo Electronico: _____

Método preferido de contacto (circule uno): Teléfono Correo electrónico Texto

Información del Padre (madre)/ Progenitor Legal (si el paciente es menor de 21 años de edad)

Nombre _____

Apellido

Primer Nombre

Inic. Nombre

Preferencia

Genero M F Relación hacia el paciente:

Licencia de Conducir (Estado): _____ Numero de Licencia de Conducir: _____

Información de Seguro Dental

Compania de Seguro Dental Principal: _____ + Numero de Teléfono: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento de el Suscriptor , o número de Seguro Social: _____

Nombre de Grupo: _____ # de Grupo: _____ Empleador: _____

Por favor, háganos saber si usted tiene un seguro dental secundario.

Firma de el Paciente

Fecha

Continúa en el reverso

Acuerdo Financiero

Para mi conveniencia, Platteville Family Dentistry tiene permiso de usar mi información para compartir con mi seguro dental y para recibir pagos directamente de ellos.

Yo comprendo que si comienzo tratamiento mayor que involucra trabajo de laboratorio, seré responsable por el costo en ese momento.

Si mi cuenta la mandan a colecciones, estoy de acuerdo en cubrir todos los costos.

Haremos todo lo posible en ayudarle con su seguro dental, pero si no pagan como planeado, yo seré responsable.

Estoy acuerdo en pagar los cargos financieros de 1.5% por mes (18% APR) en cualquier cuenta que este pasada por 90 días.

Si cancelo una cita, sin avisar antes de las 24 horas, yo pagaré los cargos adicionales.

Tratamientos pueden cambiar, y yo seré responsable por el trabajo hecho.

Notificación de las Pólizas de Privacidad

Me han dado la oportunidad para leer y considerar los contenidos de la Notificación de las Pólizas de Privacidad. Yo entiendo que estoy dando mi permiso para su uso y revelación de mi información protegida de salud, con el fin de llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica. Yo también entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso.

Polizas de su Cita

Nuestros precios son más bajos que otros dentistas en esta área, y nos gustaría mantenerlos así. Puede ayudarnos evitando cancelaciones de último momento. Nosotros reservamos tiempo exclusivo para cada paciente. Si tiene que cambiar la cita para otro día, requerimos mínimos 24 horas de anticipación. Y así podemos darle su cita a otro paciente. Para avisarnos de cualquier cambio, por favor llamarnos durante horas de trabajo.

Sin el aviso previo usted puede estar sujeto a cargos monetarios de \$50 por cada hora reservada para usted al no cancelar su cita con la apropiada anticipación.

Gracias por escoger Platteville Family Dentistry para atender sus necesidades de salud dental. Estamos dedicados a brindarles calidad, atención, y accesibilidad.

Firma del Paciente

Fecha



Historial Medico

Nombre del paciente: _____

Fecha de su último examen: _____ Que fue la razón de el examen?: _____

¿Ha estado hospitalizado durante los últimos 5 años? (Marque uno): No Si

Que fue la razón: _____

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? (más allá de los exámenes físicos de rutina)(marque uno): No Si

Si la respuesta es sí, por favor especifique la naturaleza de la atención: _____

¿Usted tiene una enfermedad crónica o enfermedad recurrente? No Si

Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

Por favor escriba los nombres y números de teléfono de los médicos que actualmente están proporcionando cuidado Medico:

¿Ha tenido o tiene:

Reemplazo de la válvula del corazón o otra cirugía del corazón	No	Si	Las úlceras bucales (herpes oral) o aftas (úlceras aftosas) en la boca	No	Si
Enfermedades del corazón/ Condiciones del corazón fuera de lo normal	No	Si	Reemplazo de Articulaciones	No	Si
Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca	No	Si	VIH o SIDA	No	Si
Diabetes	No	Si	Glaucoma	No	Si
Antecedentes familiares de diabetes	No	Si	Sangrado fuera de lo normal	No	Si
Enfermedad del hígado (incluyendo ictericia)	No	Si	Epilepsia / Convulsiones	No	Si
Enfermedad de riñón	No	Si	Hepatitis (cualquier forma)	No	Si
Asthma	No	Si	Cáncer	No	Si
El enfisema o otra condición del pulmón	No	Si	Antecedentes de radiación o quimioterapia	No	Si
Enfermedad autoinmune	No	Si	Problemas de sinusitis	No	Si
Reflujo ácido	No	Si	Atención psiquiátrica	No	Si
Osteoporosis	No	Si	Dolor crónico	No	Si

¿Otro dentista o médico le ha recomendado que tome antibióticos antes del tratamiento dental? No Si

Mujeres: ¿Estás embarazada?

Si no, estás planeando un embarazo en el futuro cercano?

¿Eres una madre lactante?

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

Alergias:

¿Es usted alérgico a, o ha tenido una reacción a, o le han dicho que usted no debe tomar:

Látex	Anestésicos locales	Oxicodona (Percocet)
Aspirina	Ibuprofeno	Valium o otros sedantes
La codeína	hidrocodona (Vicodin / Lortab)	La penicilina o otro antibiótico _____

Presión arterial:

¿Tiene la presión arterial fuera de lo normal? No Si

Si es así, lo que es una lectura típica: _____diastolic _____systolic

Farmacéuticos / Medicamentos / Suplementos:

¿Eres un usuario actual de tabaco? No Si Si no, ¿es usted un ex consumidor de tabaco? No Si

¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar? _____

Marque el formulario de tabaco: cigarrillos tabaco de mascar

Para los fumadores, ¿cuánto / ¿fumada por día?: _____

¿Utiliza habitualmente drogas recreativas? No Si

¿Usted consume regularmente alcohol? (más de dos bebidas al día?) No Si

Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente:

¿Toma bifosfonatos orales o inyectables *?: No Si

(* Los nombres comunes de Fosamax, Boniva, Actonel, Atelvia, Reclast)

¿Está tomando Tagament (Cimetidine)?: No Si Si su respuesta es si, ¿con qué frecuencia?: _____

¿Usted toma antiácidos? No Si Si su respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?: _____

¿Está tomando algún suplemento herbal o vitaminas? No Si Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?: _____

Dieta:

El azúcar refinado en su dieta: Ninguno Leve Moderado Alto

¿Consumes pomelos, jugo de toronja, o extracto de pomelo? No Si

¿Alergias a comida?:

Historia dental:

¿Está usted actualmente en dolor? No Si

Si la respuesta es sí, califique su dolor actual en una escala de 1 a 10 (10 es el peor): _____

¿Tienes un problema dental específico? No Si Si la respuesta es sí, especifique _____

¿Tiene limpiezas dentales y exámenes de forma rutinaria? No Si Última visita? _____

Estado de su salud dental actual al mejor de su conocimiento (marque uno): Excelente Bueno Regular Malo

Comentarios: _____

¿Usted piensa que tiene caries o enfermedad de las encías activo? No Si

¿Se cepilla y utiliza hilo dental de forma rutinaria? No Si Frecuencia _____

¿Ha tenido una mala experiencia en un consultorio dental? No Si

Si la respuesta es sí, por favor describa: _____

¿Quieres mantener los dientes restantes? No Si comentarios: _____

¿Alguna vez a rechinado los dientes por la noche, o se despierta con un dolor en la mandíbula o dolor de cabeza?: No Si

¿Notas Crujido o chasquido de la mandíbula?: No Si

¿Alguna vez has tenido un tratamiento de ortodoncia? (frenos, u otros medios de enderezamiento de los dientes): No Si

Si se conoce, describa el estado dental de sus padres:

Madre _____

Padre _____

Entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme con el cuidado dental de una manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Si se necesita más información precisa, tienes mi permiso para pedir al proveedor de atención médica respectiva o agencia que pueden divulgar dicha información. Voy a notificar al médico de cambios en mi salud y medicamentos.

Paciente (Nombre)

Firma del paciente (o tutor si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Médico / Higienista (Nombre)

Médico / Higienista Firma

Fecha