

Dental Studio of Pasadena

Informacion de paciente

Nombre del Paciente _____ Telefono _____
Apellido Nombre

Direccion: _____
No. Ciudad Estado Codigo postal

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Email _____

Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____

Nombre de Esposo/a: _____
Apellido Nombre

Algun familiar se ha hecho trabajo dental en nuestra oficina? _____

Persona financieramente responsable: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Seguro Social: _____ Empleador: _____

Numero de telefono: _____ Ocupacion: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____

Informacion de Seguro dental

Nombre del asegurado: _____ SS # _____

Nombre de la aseguranza: _____ Numero de group _____

Historia Medica

Por favor circule o conteste la respuesta correcta

1. Esta teniendo usted alguna molestia o dolor en este momento?..... Si No
2. Esta usted bajo el cuidado de un medico?..... Si No
Nombre del doctor _____ Telefono _____
Direccion: _____
3. Cuando fue su ultimo examen fisico completo?
4. Ha tomado algun medicina durante los ultimos dos anos?..... Si No
Por favor nombre: _____
5. Es usted alergico a algun medicamento o sustancia ? CUAL? _____ Si No
6. Padece usted de alguna otra alergia? CUAL? _____ Si No
7. Tiene usted problemas scon penicilina antibioticos, anestecia local (Novocaina) o algun otro medicamento.....Si No
8. Esta usted embarazada o sospecha que puede estar encinta?.....Si No
9. Toma usted medicinas anticonceptivas?.....Si No
10. Ha sido usted tratado o le han dicho que tiene enfermedad del Corazon?.....Si No
11. Tiene usted un marcapaso o un implante de valvular artificial en el Corazon?.....Si No
12. Ha tenido alguna vez fiebre reumatica?.....Si No
13. Sabe usted si tiene soplo del Corazon?.....Si No
14. Tiene usted la presion sanguinea alta o baja?.....Si No
15. Ha tenido usted alguna vez una enfermedad seria o curugia mayor? Por favor explique _____ No

16. Ha tenido usted tratamiento de radiacion, quimioterapia para un tumor?.....Si No
17. Tiene usted un malester, dolor o ruido articular en la mandibula?.....Si No
18. Tiene usted enfermedades inflamatorias como artritis or reumatismo?.....Si No
19. Tiene usted articulaciones artificiales (en su cadera, rodilla, ect)?.....Si No
20. Tiene desordenes de la sangre, como anemia, leukemia, hemophilia, ect?.....Si No
21. Ha sangrado excesivamente despues de una cortadura o lesion?.....Si No
22. Ha recibido usted una transfusion de sangre ?.....Si No
23. Tiene usted problemas de estomago?.....Si No
24. Tiene usted problemas de rinones?.....Si No
25. Tiene usted problemas de higado?.....Si No
26. Es usted diabetic?.....Si No
27. Tiene usted asma?.....Si No
28. Tiene usted o ha tenido usted alguna enfermedad transmitida sexualmente?.....Si No
29. Ha resultado positivo/a al virus del SIDA?.....Si No
30. Ha tenido usted Hepatitis o ha resultado positivo al examen de Hepatitis?.....Si No
31. Tiene usted Tuberculosis?.....Si No
32. Fuma, mastica o usa cualquier forma de tabaco?.....Si No
33. Consume usted bebidas alcoholicas?.....Si No
34. Usa usted habitualmente drogas de control especial?.....Si No
35. Es usted alergico a los guantes latex?.....Si No
36. Toma usted o ha tomado phen-phen?.....Si No
37. Cuando sube las escaleras, o camina, tine que parar porque tiene dolor de pecho, le falta aliento o se siente Cancansado/a?.....Si No
38. Se le inflaman los pies o los tobillos durante el dia?.....Si No
39. Usa mas de dos almohadas para dormir?.....Si No
40. Hay alguna otra informacion que deberiamos saber acerca de su slud que no hemos preguntado en esta frma.....Si No
Si porfavor explique_____
41. Toma usted o ha tomado Bisphosponates?.....Si No

Yo entiendo que la informacion es necesaria para obtener tratamiento dental de una forma eficiente y segura. Yo he contestado todas las preguntas con sinceridad y con lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente _____ Firma del Doctor _____ Fecha _____

1. Autorizo al doctor a tomar Radiografias, modelos, fotos necesarias o cualquier otro medio para hacer un diagnostic complete de la condicion dental del paciente.
2. Yo tambien autorizo al doctor de hacer cualquier tratamiento que sea necesario y a el cual yo halla autorizado.
3. Yo entiendo que al usar algunas anestecias tienen algun riesgo. Yo tambien autorizo al doctor usar agentes de anestesia que sean necesarios para proveer tratamiento dental.
4. Yo entiendo que yo soy responsable por los pagos del tratamiento dental obtenido en esta oficina para mi y para mis dependientes. En el evento que los pagos no sean recibidos en el tiempo acordado, yo entiendo que 1.5% de interes se le cobrara por cargos financieros y(18% APR) se le sumara a su balance mas cualquier cargo de colecciones.
5. Yo entiendo que se reportara a las oficinas de crdito.
6. Yo entiendo que es mi responsibilidad informales acerca de cualquier cambio de informacion.
7. **Un minimo de 24 horas son necesarias para cancelar su cita o tendra que pagar \$50.00.**

Paciente: _____ Fecha _____ Testigo _____

Padre O Guardian _____ Relacion _____

Dr _____ Fecha _____ Testigo _____

