

**INFORMACION DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NUMERO SOCIAL \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EL SEXO \_\_\_\_\_

CAJA DE CORREO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCION FISICA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ TELEFONO DE CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

Podemos contactar con usted por texto o correo electronico recordatorios de cita?  SI  NO

MARCA APROPIADO:  MENOR DE EDAD  SOLTERO/A  CASADO/A  DIVORSIADO/A  VIUDA/O  SEPERADO/A

ESTUDIANTE:  SI  NO  TIEMPO COMPLETO  TIEMPO PARCIAL

NOMBRE DE ESCUELA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

EMPLEO DEL PACIENTE:  RETIRADO  DESEMPLEADOS  EMPLEADO EMPLEADOR \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

SI CASADO, NOMBRE DE ESPOSA/O \_\_\_\_\_ TELEFONO DE CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

SI MENOR DE EDAD: NOMBRE DE PADRES O GUARDIAN NINO / NINA VIVE CON:  PADRE  MADRE  IOS DOS PADRES  GUARDIAN

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PERSONA QUE PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

COMO ESCUCHASTE DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

**INFORMACION RESPONSIBLE**

LO MISMO QUE ARRIBA

NOMBRE DE PERSONA RESPONSIBLE DE ESTA CUENTA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

NUMERO DE LIENCIA \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CORREO \_\_\_\_\_ TELEFONO(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

ESTA PERSONA SI ES PASIENTE DE NOSOTROS  SI  NO

**INFORMACION SOBRE SEGUROS**

ENTREGA LA TARJETA AL RECEPCIONISTA

**SEGURO DENTAL PRIMARIA**

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

COMPANIA DE ASEGURANSA \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

POLITICA DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_

CARD ON FILE   
NO DENTAL INSURANCE

TIENE COBERTURA ADICIONAL?  SI  NO

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Historial Medico

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Es alérgico o ha tenido reacciones a: Marque todas las que apliquen

- |  |  |  |                                    |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina   | <input type="checkbox"/> Clindamicina                        | <input type="checkbox"/> Morfina               | <input type="checkbox"/> Zithromax |
| <input type="checkbox"/> Ampicilina    | <input type="checkbox"/> Codeina                             | <input type="checkbox"/> Novocaína/Anestésicos |                                    |
| <input type="checkbox"/> Aspirina      | <input type="checkbox"/> Demerol                             | <input type="checkbox"/> Penicilina            | Otro (indique) _____               |
| <input type="checkbox"/> Augmentin     | <input type="checkbox"/> Eritromicina                        | <input type="checkbox"/> Percocet/Vicodin      | _____                              |
| <input type="checkbox"/> Benadryl      | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno/Motrin                   | <input type="checkbox"/> Epinefrina            | _____                              |
| <input type="checkbox"/> Cefalexina    | <input type="checkbox"/> Keflex                              | <input type="checkbox"/> Los estroïdas         |                                    |
| <input type="checkbox"/> Cefalosporina | <input type="checkbox"/> Látex/De goma                       | <input type="checkbox"/> Sulfamidas            |                                    |
| <input type="checkbox"/> Cipro         | <input type="checkbox"/> Lortab/Norco                        | <input type="checkbox"/> Tylenol               | <input type="checkbox"/> NINGUNO   |
| <input type="checkbox"/> Cleocin       | <input type="checkbox"/> Algún Metal (Niquel, Mercurio, ect) | <input type="checkbox"/> Valium/Triazolam      |                                    |

### Tiene ó an tenido algunas de las siguientes: Marque todas las que apliquen

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <u>Heart</u>   | <input type="checkbox"/> Dependencia de alcohol/Drogas      | <input type="checkbox"/> Episodios de desmayos o mareos  | <input type="checkbox"/> MS                              |
| <input type="checkbox"/> Afib                                  | <input type="checkbox"/> Alergias                           | <input type="checkbox"/> Fibromialgia  | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                     |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho                       | <input type="checkbox"/> Anémica                            | <input type="checkbox"/> Byoass gástrico   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                |
| <input type="checkbox"/> CAD                                   | <input type="checkbox"/> Ansiedad                           | <input type="checkbox"/> Mano, Pie, y Boca   | <input type="checkbox"/> Fibre Escarlatina               |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiac                        | <input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> HPV                             |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                           | <input type="checkbox"/> Articulacion(s) artificial/Valvula | <input type="checkbox"/> Presion arterial alta/baja  | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales             |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiac                         | <input type="checkbox"/> Autismo                            | <input type="checkbox"/> Sida o infección de vih   | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                 |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazon                    | <input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia                    | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia  | <input type="checkbox"/> Carrera/TIA                     |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial o una valvula | <input type="checkbox"/> Varicela/Herpes                    | <input type="checkbox"/> Problemas al Riñón  | <input type="checkbox"/> Hinchazon (mano, pie, tobillos) |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos                            | <input type="checkbox"/> Tos cronica                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado   | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroideos             |
|  | <input type="checkbox"/> Herpes labial/ Ampollas por fiebre | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares o Respiratorios (COPD, Enfisema, Asma, Dificultad para respirar) | <input type="checkbox"/> Transplante                     |
|  | <input type="checkbox"/> COVID-19                           | <input type="checkbox"/> MRSA  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)               |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 o 2                | <input type="checkbox"/> Meningitis  | <input type="checkbox"/> Ulceras                         |
|  | <input type="checkbox"/> Desorden alimentico                | <input type="checkbox"/> Atención de salud mental  | Otro (indique) _____                                     |
|  | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Mono  | _____  |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> NINGUNO                         |

### Está tomando o utilizar alguna de las siguientes: Marque todas las que apliquen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiótico   | <input type="checkbox"/> Arterial alta/baja medicina para la presión                          | Otro (indique) _____                      |
| <input type="checkbox"/> Los Antidepresivos  | <input type="checkbox"/> Medicina para el reflujo acido (Nexium, Omeprazole, Prevacid, Other) | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Aspirina (Recientemente o todos los días)                                     | <input type="checkbox"/> Medicina de Osteoporosis (Actamel, Boniva, Fosamax, Reclast, Other)  | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Betabloqueante  | <input type="checkbox"/> Medicina psiquiátricas   |   |
| <input type="checkbox"/> Control de la Natalidad   | <input type="checkbox"/> RA (Remicade, Humira, Other)   | <input type="checkbox"/> Ver lista ajunta |
| <input type="checkbox"/> Medicina Anticoagulante (Coumadin, Eliquis, Plavix, Warfarin, Xarelto, Other) | <input type="checkbox"/> Medicina Colesterol  | <input type="checkbox"/> NINGUNO          |
| <input type="checkbox"/> Medicina Diabetes   | <input type="checkbox"/> Tabaco/Marijuana   |   |
| <input type="checkbox"/> Medicina Asma   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Suplemento Herbario   |   |   |

Certifico que he leído comprendido este cuestionario de salud. Las preguntas han sido contestadas con precision a lo mayor de mi conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

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

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo de firma

## Historial Medico Continuado

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Razón por su vista? \_\_\_\_\_
- Cuando fue su última visita al dental? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Visita regularmente a su dentista dos veces al año?  SI  NO
- Nombre de tu ultima dentista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Numero del telefono (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_
- Cuantas veces te cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Cuanatas veces usas el hilo dental? \_\_\_\_\_
- Estas en Buena condicion de salud?  SI  NO
- Cambios de salud durante el año padaso? \_\_\_\_\_ Que dia due su ultimo examen fisico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Nombre del médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Numero del telefono (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_
- SI  NO ¿Está bajo el cuidado de un médico?
- SI  NO ¿Ha habido cambios en su salud durante el año pasado?
- SI  NO ¿Hospitalizado o quirúrgico?  
En caso afirmativo, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_
- SI  NO ¿Tienes moretones fácilmente?
- SI  NO ¿Ha requerido alguna vez una transfusión de sangre?
- SI  NO ¿Usa o ha sustancias controladas?
- SI  NO ¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no figura en la lista y que crea que deberíamos conocer?  
En caso afirmativo, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_
- SI  NO ¿Le sangran las encías al cepillarse los dientes o al usar hilo dental?
- SI  NO ¿Sientes algún dolor en los dientes?
- SI  NO ¿Son sus dientes sensibles a las AGIDAS DULCES FRÍAS CALIENTES?
- SI  NO ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?
- SI  NO ¿Se muerde los cachets o labios seguido?
- SI  NO ¿Se le atora comida entre los dientes?
- SI  NO ¿Aprieta rechina los dientes?
- SI  NO ¿Sufre de dolores de cabeza?
- SI  NO ¿Ha tiendo lesions en la cabeza, cuello o mandibula?
- SI  NO ¿Ha notado algún diente suelto?
- SI  NO ¿Ha tenido algún sangrado anormal / prolongado o extracciones dificiles en el pasado?
- SI  NO ¿Alguna vez ha tenido algún problema con la mandíbula, como dolor, chasquidos, dificultad para masticar o abrir y cerrar?
- SI  NO ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal?
- SI  NO ¿Ha estado en tratamiento periodontal (encías)?
- SI  NO ¿Cuando se cepilla sangra de sus ansias?
- SI  NO ¿Alguna vez ha usado una placa de mordida, aparato de ortodoncia, parciales o dentaduras postizas?  
Si es así, fecha de colocación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- SI  NO ¿Se puede conseguir enfermedad de refiujo sobre una base regular?
- Si  NO ¿Alguna vez ha tomado la droga Fen-Phen or Redux?
- SI  NO ¿Alguna vez ha tomado ninguna droga para prevenir la osteoporosis, tales como Fosamax, Actamel, o Boniva?
- Si pudieras cambiar CUALQUIER COSA de tu sonrisa, ¿qué cambiarías? \_\_\_\_\_

### Solo mujeres:

- SI  NO ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?
- SI  NO ¿Está embarazada o cree que puede estarlo? Si es así, ¿cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- SI  NO ¿Estás amamantando?

Aunque el personal dental trata principalmente el area interna y alrededor de la boca. Ésta es parte del cuerpr en su totalidad. Los problemas de salud que puede tener, o los medicamentos que toma, pordian tener una interrelación importante con el servicio odontológico que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o madre Fecha\_ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo de firma

(REV-12/2020)

**POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE**

Como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deberán hacerse por adelantado. Las practicas dependen del reembolso de nuestros pacientes por el costo incurrido en su atención. Para permanecer viable la responsabilidad financiera de parte de cada paciente tendrá que ser determinada antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental realizado sin previos arreglos financieros deberán ser pagados en efectivo en el tiempo que se prestó el servicio.

Pacientes con aseguranza dental comprenden que todos los servicios dentales suministrados son cobrados directamente al paciente y que el o ella son personalmente responsables de pagar todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar las formas de aseguranza de nuestros pacientes o los ayudará en hacer cobros a las compañías de aseguranza y acreditará tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De cualquier modo esta oficina dental no puede rendir servicios asumiendo que los cargos serán completamente pagados por una compañía de aseguranza.

Un cargo por servicio de 1 1/2 % por mes (18%por año) del balance no pagado sera impuesto en todas las cuentas que se excedan de sesenta días de la fecha del servicio a menos que previamente haya un arreglo financiero por escrito satisfactorio. Comprendo que la cuota estimada por este cuidado dental solo puede ser extendida por un período de seis meses desde la fecha del exámen del paciente. Cuentas que sean mas de 90 dias son consideradas passadas y sera sumitida a un mensual costo de \$10.00.

En consideración del servicio profesional que se me ha dado, o por mi petición para mi hijo menor o por la prevención del dentista estoy de acuerdo de pagar el valor razonable de dicho servicio por dicho dentista o lo que se asignó en el tiempo que dicho servicio fue prestado o antes de cinco (5) días de facturación si el crédito fuera extendido. En el evento que mi cuenta se aga delincvente, llo estoy de acuerdo de pagar el resto de mi cuenta y aparte el cargo de la agencia de collecciones asta 40% que puede ser cobrado por la agencia de collecciones si su cuenta es mandada a collecciones. Estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier tipo de violación o condición de aquí en adelante no constituye una renuncia de cualquier término o condición adicional. Estoy completamente de acuerdo de pagar de ahora en adelante por todos los costos y cuotas razonables de un abogado en caso de ser instituido un caso legal para cobrar el dinero debido por mi.

Autorizo dar información financiera indentificable concerniente a mi cuenta, incluyendo cargos enviados, pagos hechos y cargos de interés a la agencia de cobro o al abogado de cobranzas si fuera necesario. Doy autorizasión a ustedes o a sus asignado de llamar por teléfono a casa o mi lugar de trabajo para tratar cosas relacionadas a esta forma.

Este acuerdo reemplaza todo arreglo firmado anteriormente, incluyendo cualquier y/o todas las intervenciones de arbitraje o arreglos de arbitraje. Estoy conciente que cualquier intervención o intervención de un acuerdo arbitrario firmada anteriormente relacionada con arreglos financieros o calidad del cuidado queda invalido y anulado.

Entiendo que citas para mi o un hijo menor de edad que no son guardadas o canceladas dentro de 24 horas recibiran un cargo de \$35.00 por cada cita/hora.

Autorizó al dentista o a su asignado dar información financiera indentificable y descripción del tratamiento e información ya sea electrónicamente, por fax o por escrito a mi agente de aseguranza o cualquier entidad relacionada que requiera obtener dicha información.

Reconozco que estoy al tanto de las Políticas de Privacidad de esta oficina. Estoy de acuerdo en suministrar al dentista los nombres de cualquier individuo a quien autorizo al dentista para hablar de mi cuidado dental.

Anote los nombres aqui: \_\_\_\_\_

Certificó que he contestado precisamente todas las preguntas de los dos lados de esta forma y con el mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo por este medio de someterme a las condiciones dichas en este documento.

Firma del paciente, padre o guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_



## **ACEPTACION DE ANTECEDETE MEDICO**

Certifico que las respuestas al Antecedente medico son correctas segun mi conocimiento. Puesto que un cambio de una condicion medica o medicamento puede afectar el tratamiento dental, yo entiendo la importancia de y concuerdo en notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita dental proxima.

## **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER**

Doy autorización al Dr. McConnell y/o los asosiados o asistentes que el o ella haya designado para desempeñar tales procedimientos que hayan sido considerados necesarios o prudentes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable, incluyendo preparativos y/o administración de cualquier sedante (incluyendo óxido de nitroso), analgésicos, terapéutico y/o otros agentes farmacéuticos, incluyendo los relacionados a los reconstituyentes, paleativos, terapéuticos o tratamientos quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local podría causar una reacción desfavorable o efectos secundarios los cuales podrían incluir, pero no se limitan a: magulladuras, hematomas, estimulación cardíaca, músculos adoloridos y temporamente o escasamente entumecimiento permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas podrían quebrarse y necesitar operación quirúrgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos como limpieza dental y odontología básica incluyendo rellenos de todo tipo, la dentura podría quedar sensible o hasta posiblemente poco adolorida en los dos casos, durante y después de completar el tratamiento. Después de una cita prolongada los músculos de la mandíbula podrían quedar adoloridos y delicados. La encía y tejidos de alrededor podrían también estar sensibles o con dolor durante y/o después del tratamiento. Aunque no es común, es posible que la lengua, mejilla u otros tejidos orales sean accidentalmente ulcerados (cortados) durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos suturas o tratamiento adicional podría ser requerido.

Entiendo que como parte de los artículos del tratamiento dental incluyen pequeños instrumentos dentales que no se limitan en coronas, como anticoagulantes. podrían ser inhalados hacia el Sistema respiratorio o ser tragados. Esta situación inusual podría requerir una serie de rayos X tomados por un médico u hospital y podría en raros casos requerir broncoscopia u otros procedimientos para asegurar la recuperación sugura.

Asumo voluntariamente cualquier o todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de daños sustancial y serios, si hubiera sería asociado con prevención general y procedimiento del tratamiento operative en espera de obtener los resultados deseados, los cuales podrían o no ser obtenidos para mi beneficio o el de mi hijo menor. Entiendo que la índole y propósito de los procedimientos por efectuarse se me han explicado si fuese necesario y que yo he tenido la oportunidad he hacer preguntas.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, guardian legal o representante autorizado

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo de firma