INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada ***CONFIDENCIAL)*** Fecha

Nombre de paciente _____ Edad ____ Fecha de nacimiento del paciente ❑ Hombre ❑ Mujer
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Si el paciente es un menor de edad, de el nombre de los padres o guardiances Relación

Dirección de la casa ¿Por cuánto tiempo? ❑ Propio ❑ Renta
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Paciente es: ❑ Casado(a) ❑ Soltero(a) ❑ Divorciado(a) ❑ Separado(a) ❑ Viudo(a) ❑ Menor de edad

Número de la licencia de conducir Número del Seguro Social Teléfono de casa ( )

Banco Número de la cuenta ¿Por cuánto tiempo?

Lugar de empleo ¿Por cuánto tiempo? Ocupación

Dirección del empleo Teléfono de trabajo ( )

Nombre de esposo(a)_____ Número del Seguro Social_____ Número de licencia

Lugar de empleo ¿Por cuánto tiempo? Ocupación

Dirección del empleo Teléfono de trabajo ( )
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. Relación

Dirección completa del familiar cercano Teléfono de casa ( )
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

❑ No tiene médico

Nombre de su médico ( )
DIRECCION CIUDAD TELEFONO

Dentista de anterior ( )
DIRECCION CIUDAD TELEFONO

¿Por qué cambia usted de dentistas?

Razón por la cita

¿Es esta visita de emergencia? ❑ Sí ❑ No En caso de si, explique:

Escuela a la que van sus hijos ¿A quién le podemos agradecer su visita?

INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS

Persona responsable por esta cuenta Relación

Dirección ( )
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL TELEFONO

FORMA PREFERIDA DE PAGO: ❑ Al contado en el día del tratamiento ❑ Número de Visa
FECHA DE EXPIRACIÓN

❑ Número de ayuda del Estado ❑ Número de Mastercard
FECHA DE EXPIRACIÓN

Nombre de la compañía de seguro (principal)_____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA FECHA DE NACIMIENTO RELACION NUMERO DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL NUMERO DEL GRUPO NUMERO DEL PLAN NOMBRE DEL SINDICATO SINDICATO LOCAL

Nombre de la compañía de seguro (secundario)

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA FECHA DE NACIMIENTO RELACION NUMERO DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL NUMERO DEL GRUPO NUMERO DEL PLAN NOMBRE DEL SINDICATO SINDICATO LOCAL

TERMINOS & CONDICIONES

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsibilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle al seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro a la cuenta del paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar del paciente.

Asignación de seguro: Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza.

Un recargo del 1½ % por mes (18% por año, pero nunca mas de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 dias, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fue examinado.

En consideración a los servicios profesionales prestados a mí, o solicitados por mí, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) dias de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier rompimiento de estos términos y condiciones por mi parte, no me autoriza el rompimiento de otros términos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra.

Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para telefonearme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Yo he leído las condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: _____ Fecha:

¡FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS!

FORM 100-6S / ©2010 DENRAM / REV. 11/07

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental, pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de **Sí** o de **No**. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? ..... (Sí) No

HISTORIA CLINICA

1. ¿Tiene usted buena salud? ..... Sí No
2. Fecha del último examen médico
3. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? ..... Sí No
   ¿En caso de sí, para que enfermedad está siendo tratado?
4. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación? ..... Sí No
   ¿En caso de sí, que enfermedad u operación?
5. ¿Ha estado usted hospitalizado? ..... Sí No
   ¿En caso de sí, cuál fue el problema?
6. ¿Está usted tomando algún medicamento? ❑ Sí ❑ No ¿O cualquier otro tipo de drogas (marijuana, cocaina, etc.)? ..... Sí No
   ¿En caso de sí, digi cual? ¿ Qué dosis?
7. ¿Usa usted cualquier droga para recreo (marijuana, cocaína, etc.)? ..... Sí No
8. ¿Ha sido usted pre-medicado una vez con antibióticos para su tratamiento dental? ..... Sí No
9. ¿Está usted sensible o alérgico a cualquier droga o sustancia? ❑ Látex ❑ Penicilina; ❑ Tetraciclina; ❑ Sulfa; ❑ Aspirina; ❑ Codeína ..... Sí No
   ❑ Otra (Si hay otros ¿cuáles drogras o materiales?)
10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Haga un círculo alrededor de **S** o de **N** de todas las condiciones mencionadas.)

S N Anemia	S N Fiebre del Heno	S N Dolores de Cabeza	S N Adicción a las Drogas	S N Reemplazo de Articulación	S N Desangramiento	S N Lesiones de Corazón Congénitas
S N Herpes	S N Glaucoma	S N Propensión a Golpes	S N Enfermedad del Riñón	S N Desórdenes Nerviosos	S N Prolapso de la Válvula Mitral	S N Tratamiento de Rayos-x o Cobalto
S N Úlceras	S N Tonsilitis	S N Heridas de la Cabeza	S N Quimioterapia	S N Tumores o Crecimientos	S N Presión Arterial Alta	S N Tratamiento de Radiación
S N Diabetes	S N Hemofilia	S N Insuficiencia Cardíaca	S N Úlceras del Estómago	S N Alergias o Urticaria	S N Complejo Relacionado con VIH	S N Enfermedad Venérea (sífilis, gonorrea)
S N Artritis	S N Úlceras Catarrales	S N Fiebre de Escarlatina	S N Angina del Pecho	S N Dolor Mandibular	S N Enfermedades Respiratorias	S N Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
S N Asma	S N Enfisema	S N Soplo Cardíaco	S N Desórdenes Mentales	S N Prótesis Artificial	S N Epilepsia o Ataques	S N Desorden de Articulación Temporomandibular
S N Cáncer	S N Reumatismo	S N Enfermedad del Hígado	S N Enfermedad de Tiroides	S N Enfermedad de la Célula Falciforme	S N Tratamiento Siquiátrico	
S N Convulsiones	S N Varicela	S N Problemas Cardíacos	S N Fiebre Reumática	S N Medicina Cortisona	S N Hepatitis o Ictericia	
S N Implantes	S N Desmayos	S N Ataque de Corazón	S N Tuberculosis	S N Alergias a Metales	S N Dificultad al Tragar	
S N Sinusitis	S N Ataque Cerebral	S N Parálisis Cerebral	S N Transfusión de Sangre		S N Enfermedad de la Sangre	

11. ¿Usa usted un marcapaso de corazón, o ha tenido cirujía cardíaca? ..... Sí No
12. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparezca arriba y que yo debo saber? ..... Sí No
    ¿En caso de sí, por favor explique cuál?
13. ¿Fuma usted? En caso de sí, cuánto? Cigarros Puros Paquetes por día ..... Sí No
14. ¿Ha tomad usted alguna vez las drogras "Phen-Phen" o "Redux"? ..... Sí No
15. (Mujeres) ¿Está usted en estado de gestación? En caso de sí, cuántos meses?
16. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? ..... Sí No
17. (Mujeres) ¿Toma usted pildoras anticonceptivas? ..... Sí No

HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novacaína, etc.)? ..... Sí No
2. ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? ..... Sí No
3. ¿Ha usted tenido un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? ..... Sí No
   En caso de sí, explique
4. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? Semanas Meses Años
5. ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? Semanas Meses Años
6. ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? ..... Sí No
   En caso de sí, marque ✔: ❑ Muy poco ❑ Moderadamente ❑ Extremadamente
7. ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? ..... Sí No

En base a mi conocimiento, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez hubiera cambios en mi salud o en mis medicaciones, yo le informaré sin falta al doctor en mi próxima visita.

❑ Me gustaría una copia de esta forma para mis archivos. ❑ He recibido la Hoja de los materiales dentales requerida por la ley.

Ⓐ Fecha Firma

Ⓑ ***PONER AL DÍA*** — *Desde su última visita al médico*

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? ..... Sí No
2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? ..... Sí No
3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirujía? ..... Sí No

Fecha Firma

Ⓒ ***PONER AL DÍA*** — *Desde su última visita al médico*

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? ..... Sí No
2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? ..... Sí No
3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirujía? ..... Sí No

Fecha Firma

Revisto por Lic. # Fecha

REVISADO POR ***NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO***

	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
Ⓐ FECHA_____	FECHA		
Ⓑ FECHA_____	PS /	/	/
	PULSO		
Ⓒ FECHA_____	TEMP		
	POR		

¡CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD DEBE SER ACTUALIZADO CADA AÑO!

POR FAVOR, HÁGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO DE SU SALUD DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. SI NO HAY CAMBIOS, POR FAVOR ESCRIBA Ud. "NINGUNOS"

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de óxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas.

Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los terminos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Firma: _____ **Fecha:**

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente está incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiar cercano del paciente.

Relación al paciente:

FORM 100-6S REV 11/07 ©2010 **DENRAM GRAPHICS & PRINTING** All rights reserved. No part of this form may be reproduced in any way.

DENRAM / 236 West Maple Avenue, Monrovia, CA 91016-3392 / FAX 626.357.6516 / ☎ 626.359.8376

Questions are in same order as 100-6 (English version)

denram@denram.com / www.denram.com