

INFORMACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE:

Sr. Sra. Srta. Dr.(a) Nombre _____ Apellidos _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad N° del Seguro Social Correo electrónico _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tel. residencial (_____) _____ Cel. (_____) _____

¿Ha sido paciente nuestro(a) antes? Sí No ¿Algún miembro de su familia ha sido paciente nuestro antes? Sí No; si la respuesta es Sí, Nombre _____

Referido por: Dentista Médico Familiar/Amigo Facebook Yelp! Compañía aseguradora Otro _____

Dentista _____ Ortodoncista _____ Médico _____

NOMBRE APELLIDO NOMBRE APELLIDO NOMBRE APELLIDO

N° de la licencia de conducir _____ Lugar de trabajo _____ Tel. comercial (____) _____

En caso de emergencia, comunicarse con _____ Tel. (_____) _____ Relación _____

QUIÉN SERÁ EL RESPONSABLE DE SU CUENTA:

Yo mismo(a) (Si es usted, omita esta sección) Cónyuge Padre Madre Otra persona _____

Nombre _____ N° del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

NOMBRE APELLIDO

Tel. (_____) _____ Cel. (_____) _____ Correo electrónico _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de la licencia de conducir _____ Lugar de trabajo _____ Tel. comercial (____) _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE U OTRO GARANTE: (SI ES DIFERENTE DE LA PERSONA ANTERIOR)

Nombre _____ Relación _____ N° del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

NOMBRE APELLIDO

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tel. (_____) _____ Lugar de trabajo _____ Tel. comercial (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial No estudio . Nombre y dirección de la institución educativa _____

Estado civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Legalmente separado(a) _____

Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado No trabajo .

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Pertenece a una PPO o una HMO? Sí No

COMPAÑÍA DEL SEGURO DENTAL PRINCIPAL:

Lugar de trabajo _____

Dirección comercial _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. comercial (____) _____ Plan _____

Nombre de la aseguradora _____ N° de ID _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. (_____) _____ Nombre del grupo _____

N° de grupo _____ Persona asegurada _____

NOMBRE APELLIDO

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

N° del Seguro Social Tel. (_____) _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

COMPAÑÍA DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL:

Lugar de trabajo _____

Dirección comercial _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. comercial (____) _____ Plan _____

Nombre de la aseguradora _____ N° de ID _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. (_____) _____ Nombre del grupo _____

N° de grupo _____ Persona asegurada _____

NOMBRE APELLIDO

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

N° del Seguro Social Tel. (_____) _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

COMPAÑÍA DEL SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

Lugar de trabajo _____

Dirección comercial _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. comercial (____) _____ Plan _____

Nombre de la aseguradora _____ N° de ID _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. (_____) _____ Nombre del grupo _____

N° de grupo _____ Persona asegurada _____

NOMBRE APELLIDO

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

N° del Seguro Social Tel. (_____) _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

COMPAÑÍA DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:

Lugar de trabajo _____

Dirección comercial _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. comercial (____) _____ Plan _____

Nombre de la aseguradora _____ N° de ID _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. (_____) _____ Nombre del grupo _____

N° de grupo _____ Persona asegurada _____

NOMBRE APELLIDO

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

N° del Seguro Social Tel. (_____) _____

Dirección _____

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

A nuestros pacientes: *¿ Aunque los cirujanos orales tratan principalmente el área de la boca y alrededor, la boca forma parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando podrían tener una interrelación importante con el tratamiento que va a recibir. Gracias por responder las siguientes preguntas. Sus respuestas se destinan a nuestro registro y se considerarán confidenciales.*

Motivo para la consulta de hoy? _____

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Altura ___ Peso _____ ¿Goza de buena salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha habido cambios en su salud general el año pasado?. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Recibe alguna atención médica? Fecha de la última consulta _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿cuál es el motivo del tratamiento? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido alguna enfermedad, lo(a) han operado o ha estado hospitalizado(a) durante los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, describa el caso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna lesión no curada/recurrente o algún área inflamada, tumores o llagas en la boca o alrededor?. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, describa dónde _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene una prótesis articular/un implante? . . Si es así, describa dónde _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le han reemplazado una válvula cardíaca o le han realizado un injerto vascular?. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez lo(a) han sometido a anestesia general?. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Usted o algún familiar han presentado reacciones inusuales o graves a la anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Algún médico o dentista anterior le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O ACTUALMENTE TIENE:	SÍ	NO	NOTAS
11. fiebre reumática?			
12. válvulas cardíacas dañadas/prolapso de la válvula mitral?			
13. soplo cardíaco?			
14. presión sanguínea alta?			
15. presión sanguínea baja?			
16. dolor en el pecho/angina?			
17. ataque(s) cardíaco(s)?			
18. ritmo cardíaco irregular?			
19. marcapasos?			
20. cirugía cardíaca?			
21. pulmonía, bronquitis, tos crónica?			
22. asma?			
23. rinitis alérgica/problemas en los senos nasales?			
24. ronquidos?			
25. apnea del sueño/CPAP?			
26. dificultad para respirar/otros problemas pulmonares?			
27. tuberculosis?			
28. enfisema?			
29. ¿Fuma? Si es así, cantidad de paquetes al día _____			
30. ¿Mastica tabaco?			
31. ¿Le han hecho alguna transfusión de sangre?			
32. ¿Ha padecido de alguna enfermedad sanguínea, como la anemia?			
33. ¿Se le hacen moretones con facilidad?			
34. ¿Tiene tendencia al sangrado/sangrados anormales?			
35. ¿Ha tenido o tiene hepatitis, ictericia o alguna enfermedad hepática?			
36. ¿Ha tenido o tiene mononucleosis?			
37. ¿Ha tenido o tiene problemas en la vesícula?			
38. ¿Ha padecido o padece de desmayos?			
39. ¿Ha padecido o padece de convulsiones/epilepsia?			

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O ACTUALMENTE TIENE:	SÍ	NO	NOTAS
40. un derrame?			
41. problemas en la tiroide?			
42. diabetes?			
43. azúcar en la sangre bajo?			
44. problemas renales?			
45. colesterol alto?			
46. ¿Le realizan diálisis?			
47. tobillos hinchados/artritis/problemas en las articulaciones?			
48. osteoporosis/osteopenia?			
49. osteonecrosis?			
50. úlceras estomacales/reflujo?			
51. enfermedades contagiosas?			
52. enfermedades de transmisión sexual?			
53. problemas con el sistema inmune? Posiblemente debidos a medicamentos/cirugías, etc.			
54. dificultad para sanar?			
55. un tumor o una neoplasia?			
56. cáncer/radioterapia/quimioterapia? Si es así, ¿dónde? _____			
57. fatiga crónica/sudoración nocturna?			
58. ¿Está a dieta?			
59. ¿Consume alcohol?			
60. ¿Consume marihuana?			
61. ¿Consume drogas recreativas?			
62. ¿Tiene algún historial de abuso de alcohol?			
63. ¿Tiene algún historial de abuso de drogas?			
64. ¿Ha usado o usa lentes de contacto?			
65. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad de la vista/glaucoma?			
66. ¿Padece o ha padecido de problemas de salud mental/ansiedad/depresión?			
67. ¿Ha usado o usa algún aparato dental extraíble?			
68. ¿Padece o ha padecido de dolor o chasquea la mandíbula al comer?			

SOLO PARA LAS MUJERES: (PREGUNTAS 69-72)

- | | |
|--|--|
| 69. ¿Es posible que esté embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 71. ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 69. ¿Fecha esperada del parto? _____ | 72. ¿Toma pastillas anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
- Nota:** Los antibióticos (como la penicilina) podrían alterar la eficacia de las pastillas anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo con respecto a otros métodos anticonceptivos.

ACTUALMENTE TOMA:	SÍ	NO	NOTAS
73. cualquier tipo de medicamento, fármaco, pastillas?			
74. anticoagulantes (Coumadin, Plavix, Aspirina, Vitamina E, Ginko biloba, Aggrenox, Pradaxa, aceite de pescado)?			
75. ¿Alguna vez ha tomado pastillas para adelgazar?			
76. cualquier producto natural, suplemento de hierbas o remedios homeopáticos?			
77. ¿Toma o en los últimos 12 años ha tomado medicamentos para la densidad ósea o bisfosfonatos como Fosamax, Boniva, Actonel, IV- Zometa, Aredia, Xgeva, Prolia o Reclast?			
78. tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos y/o narcóticos con regularidad? Si es así, enumérelos:			
79. Enumere cualquier medicamento que tome actualmente:			
Medicamento	Dosis	Frecuencia	

Nombre de la farmacia _____
 Dirección de la farmacia _____

Si su cirugía es hoy, ¿ha comido o bebido algo en las últimas 6 (seis) horas? Sí No

¿Quién lo va a llevar a su casa? _____

¿Existe alguna condición sobre su salud de la que el(la) doctor(a) debería estar al tanto? Sí No
 Si la respuesta es Sí, describa _____

¿Desea hablar en privado con el(la) doctor(a) sobre cualquier asunto?
 Sí No

¿ES ALÉRGICO(A) O HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA A:	SÍ	NO	NOTAS
80. anestesia local (medicamentos anestésicos)?			
81. penicilina?			
82. otros antibióticos?			
83. medicamentos de sulfa?			
84. Pentothal/Valium/otros tranquilizantes?			
85. aspirina?			
86. Ibuprofeno/Motrin/Aleve?			
87. amoxicilina?			
88. codeína u otro narcótico?			
89. otros medicamentos?			
90. látex?			
91. soya?			
92. huevos/yema?			
93. sulfitos?			
94. ¿Tiene alguna alergia conocida?			
95. Mencione cualquier alergia que no sea a medicamentos:			

¿Tiene un historial familiar de: Cáncer Diabetes
 Enfermedad cardíaca
 Problemas con anestesia _____

¿Esta consulta está relacionada con un accidente? Sí No
 Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de accidente?

Automovilístico Laboral Otro tipo

Fecha de la lesión _____
 Compañía aseguradora a cargo del reclamo _____
 Número de reclamo _____
 Nombre del(de la) abogado(a)/perito(a) _____
 Número de teléfono (_____) _____

Declaro que he leído y entiendo las preguntas anteriores. Reconozco que mis dudas (si las tuve) sobre las preguntas anteriores se han respondido a cabalidad. No responsabilizaré a mi doctor(a) ni a ningún otro miembro de su personal de cualquier error u omisión que yo haya cometido al completar este formulario.

TARIFAS Y PAGOS

Hacemos todos los esfuerzos posibles para mantener bajos los costos de su atención. Usted puede ayudar al pagar al final de cada consulta. Puede hacer otros arreglos con nuestro gerente administrativo, si hay circunstancias especiales. Si lo solicita, se le brindará una estimativa del costo de cada procedimiento o cirugía que requiera. Si cuenta con un seguro dental y/o médico, con mucho gusto completaremos los formularios adecuados, pero usted debe completar la información de identificación en este formulario.

Recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente de los honorarios pagados al(a) doctor(a). No es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan subsidios fijos para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del costo. **Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coseguro u otro saldo que su compañía aseguradora no pague.** Usted será el(la) responsable de los costos de servicio (18 % de APR) o saldos de paciente no pagados después de 60 días, todos los costos del cobro (incluida una tarifa de cobro de USD 25), los honorarios de abogados y los costos judiciales.

AUTORIZACIÓN DE PAGO DEL SEGURO

Esta firma registrada es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por este medio, autorizo el pago al(a) doctor(a) mencionado(a) de los beneficios que, de otra forma, se me pagarían a mí.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi cirujano(a) y su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial para fines de diagnóstico y planificación de tratamiento. Además, autorizo a que se tomen todas las radiografías necesarias como parte de este examen. Asimismo, si es médicamente necesario, autorizo la divulgación de cualquier información adquirida en mi examen y tratamiento a mis otros doctores y/o a las aseguradoras.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por este medio, reconozco que se me ha brindado una copia del Aviso de prácticas de privacidad del consultorio. Se me brindó la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tuviera con respecto a este Aviso.

X _____ X _____ X _____
 Firma del paciente (Padre o tutor legal si es menor de edad) Nombre en letra de imprenta Fecha