

INFORMACION DEL PACIENTE

(Por favor use tinta)

Fecha: ____/____/____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____
Estado Civil: _____
Teléfono del Hogar: (____) _____
Teléfono del Trabajo: (____) _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS# ____/____/____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Ocupación: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre el Empleador (Nombre y Dirección) _____

Seguro Dental: No _____ Si _____

En caso de emergencia, comunicarse con (Nombre, Teléfono, Celular): _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista anterior: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____ Teléfono: _____

Persona responsable por pagos (Nombre y Dirección): _____

ACUERDO DEL PACIENTE

- Yo autorizo a Pacific Dental Care, P.C. a verificar y facilitar cualquier información médica o dental para procesar mis reclamos de seguro.
- Yo acuerdo a informar a Pacific Dental Care, P.C. de cualquier cambio de domicilio, teléfono o cobertura de seguro.
- Yo entiendo que soy totalmente responsable de otorgar la más exacta información respecto a mi seguro, mi condición médica y dental. Asimismo acuerdo a ser financieramente responsable por cualquier balance no pagado como resultado de proveer con información errónea que pueda dar como resultado mi denegatoria del reclamo.
- Un deducible o un co-pago es esperado al momento del servicio a menos de un acuerdo anterior. Un recargo de \$ 35 se aplicará por cheques sin fondo.
- He sido informado respecto a la política (**No presentarse en 2 ocasiones o cancelar con una prioridad de 24 horas**). La violación de esta política podría resultar en mi discontinuidad del paciente. Pacific Dental Care P.C. enviará mis radiografías a cualquier otra oficina dental con un cargo mínimo de \$ 25 por un duplicado de tarifas de rayos-x. Para pacientes del OHP, la discontinuación de su condición será reportado a ODS o CDC. Esto resultará como descalificación en mi cobertura futura.
- Estoy al tanto que OHP no permite procedimientos considerados cosméticos (blanqueamiento, rellenos blancos, coronas en dientes posteriores); por esto, nuestra oficina no performará estos procedimientos para paciente del OHP.
- Mientras Pacific Dental Care, P.C. buscará el localizarme para confirmar mi cita, es mi responsabilidad el llamar para confirmar o cancelarla cita con 24 horas de anticipación.

Firma del Paciente o Tutor

_____/_____/_____
Fecha

HISTORIA MEDICO DENTAL

HISTORIA DENTAL

Usted tiene o ha tenido?

- Si ___ No ___ 1. Dolor o disconformidad en la boca, cara o mandíbula?
Si ___ No ___ 2. Sangrado de las encías?
Si ___ No ___ 3. Dolor o dientes sensibles?
Si ___ No ___ 4. Daño en la cara, mandíbula o dientes?
Si ___ No ___ 5. Alguna vez a tenido cirugía bucal (diente, encía o hueso)?
Implante Dental? Tratamiento de Ortodoncia
Si ___ No ___ 6. Alguna vez tuvo problemas serios asociados a un tratamiento dental
Si ___ No ___ 7. Fecha del último tratamiento: ___/___/___
Si ___ No ___ 8. Mi problema dental **AHORA** es: _____

HISTORIA MEDICA

- Si ___ No ___ 1. Esta en buena salud?
Si ___ No ___ 2. Ha estado bajo tratamiento por un médico? si respondió si, por que?
Cuando? _____ Por que? _____
Si ___ No ___ 3. Alguna vez ha sido hospitalizado?
Si ___ No ___ 4. Usted actualmente toma o ha tomado cualquier medicación específica? De haberlo hecho por favor haga una lista:

Medicina	Dosis/Frecuencia	Razones para tomarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Si ___ No ___ 5. Alguna vez ha tenido sangrado prolongado?
Si ___ No ___ 6. Es usted alérgico o tiene reacciones a **LIDOCAINA, MEPIVACAINA, PENICILINA, CODEINA, ASPIRINA, SULFA, LATEX** u otras **MEDICINAS**?
De ser así especifique: _____
Si ___ No ___ 7. Usted ha tenido dolores / esfuerzos al pecho?
Si ___ No ___ 8. Alguna vez ha tenido una articulación adolorida o hinchada
Si ___ No ___ 9. Usted usa tabaco? Si ___ No ___ Alcohol? Si ___ No ___
Si ___ No ___ 10. Está usted embarazada? De ser sí cuando alumbra? ___/___/___
Si ___ No ___ 11. Alguna vez ha tendio lo siguiente: Por favor marque cual:

___ Presión Alta.	___ Enfermedades a la tiroides	___ Diabetes
___ Enfermedades al corazón	___ Enfermedades a los riñones	___ Enfermedades Venéreas
___ Murmullos al corazón	___ Hemofilia	___ Sífilis, Gonorrea
___ Fiebre reumática	___ Enfermedad Mental	___ Asma
___ Corazón Artificial	___ Cáncer / Leucemia	___ Hepatitis
___ Articulación artificial	___ Tuberculosis	___ Epilepsia
___ Marcapasos	___ Ulceras	___ SIDA o portador del SIDA

Yo acuso haber recibido una copia de Aviso de las prácticas de privacidad

_____/_____/_____
Firma **Fecha**

Para uso de la oficina únicamente

We attempted to obtain acknowledgment of receipt but unable to due to:

- Individual refused to sign** **Emergency situation prevent us to obtain**
 Communication barriers **Other** _____

Date: _____ **Dr/Hyg. Sign**

Date: _____ **Dr/Hyg. Sign**