



Complete este formulario, luego imprima, firme con tinta y tráigalo a su primera cita.

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento : _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ # Trabajo _____ # Móvil _____

NSS# _____ Email: _____

¿Como se enteró de nuestra oficina? _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Nombre de Pareja: _____ F.D.N de Pareja _____ Teléfono de Pareja _____

Contacto de Emergencia (Nombre y teléfono) _____

Seguro Dental: _____ Grupo o Plan # _____

Historial Dental

¿Tiene dolor en los dientes? _____ En dónde? _____

¿Cuándo empezó el dolor? _____ Cuando fue su última consulta dental? _____ En dónde? _____

¿Ha tenido severa reacción con algún tratamiento dental? _____ Explíquelo: _____

¿Ha tenido problemas con las encías? _____

Historial Medico

¿Tiene buena salud? _____ Si no, explique: _____

¿Tiene alguna enfermedad? _____ Por favor descríbala: _____

¿Fue usted hospitalizado en el último año? _____ Por cual Razón ? _____

¿Usted sangra excesivamente si se corta? _____ Usted fuma? _____ Cuanta fuma? _____

¿Está tomando algún medicamento o drogas? _____ Por favor liste los nombres de los medicamentos y la razón por cual lo toma : _____

Medico(s): _____

¿TIENE O HA TENIDO UNO(S) DE LOS SIGUIENTES?

Infarto, Operación de corazón	Yes	No	Tratamiento de Radiografía	Yes	No	Epilepsia	Yes	No
Alta presión sanguínea	Yes	No	Quimioterapia	Yes	No	Mareado/Debilidado/Cansado	Yes	No
Apoplejía	Yes	No	Enfermedad Venérea	Yes	No	Nervios/Ansiedad	Yes	No
Dolor del Pecho	Yes	No	Enfermedad del Riñón	Yes	No	Tratamiento Psiquiátrico	Yes	No
Válvula Artificial en Corazón	Yes	No	Medicación Cortisona	Yes	No	Asma	Yes	No
Marcapaso	Yes	No	Articulación Artificial-rodilla/cadera	Yes	No	Tuberculosis	Yes	No
Mitral Válvula Prolapso	Yes	No	Ulcera	Yes	No	Glaucoma	Yes	No
Tobillos Hinchado	Yes	No	Problema de Tiroides	Yes	No	Hepatitis A/ B/ C	Yes	No
Enfermedad de la sangre	Yes	No	Fiebre del Heno	Yes	No	Embarazada	Yes	No
Fiebre Reumática	Yes	No	Sinusitis	Yes	No	Alergias		
Soplo Cardíaco	Yes	No	Leucemia	Yes	No	Penicilina	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Verruga-Llaga	Yes	No	Otros Antibióticos	Yes	No
VIH Positivo	Yes	No	Hemofilia	Yes	No	Metales	Yes	No
SIDA	Yes	No	Fácilmente abollado/anticoagulantes	Yes	No	Sensibilidad al látex	Yes	No
Artritis	Yes	No	Enfermedad al Hígado	Yes	No	Anestesia Local	Yes	No
Historia De Tumor	Yes	No	Ictericia Amarilla	Yes	No	Otros	Yes	No

SALUD CUESTIONARIO RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER: Certifico que las respuestas a las preguntas de salud son exactas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Ya que un cambio de condición médica o medicamentos puede afectar el tratamiento odontológico, entiendo la importancia de notificar al dentista sobre cualquier cambio en cualquier cita más avanzada y consiento hacerlo.

Imprima y firme con pluma de tinta

FIRMA _____ FECHA _____

(Paciente, Tutor Legal, o Representante del Paciente)

PAGINA DE VUELTA

NOMBRE EL/LA PACIENTE _____

ACUERDO FINANCIERO

Por favor indica con una "X" la opción de pago más conveniente para usted:

- A. Pago el saldo completo al empezar el tratamiento:
___ Dinero en efectivo o Cheque (5% de descuento si paga el saldo completo el día de servicio)
___ Tarjeta De Crédito (3% de descuento si paga el saldo completo el día de servicio)
- B. ___ Seguro Dental (Usted es responsable de cualquier balance que la aseguranza no cubre. Después de 60 días el balance completo es su responsabilidad)
- C. ___ Acuerdos financieros/pagos si es aprobado por la compañía Care Credit

Autorización, Asignación y Garantía de Pago: Por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico hecho para mí y garantizo el pago de los gastos incurridos en el mío, o de mi niño menor o pupilo . Por la presente, asigno y autorizo el pago de beneficios de aseguranza directamente a Center Square Family Dental. Yo seré financieramente responsable de todos los servicios. En el evento que el pago no es en el momento y de la manera necesaria, yo específicamente prometo pagar todos los honorarios de abogado razonables y costos judiciales de acción legal para cobrar en la cuenta. El firmante además está de acuerdo en pagar una cantidad adicional que representa treinta y cinco por ciento (35%) del saldo principal si la cuenta es referida a una agencia de colección o un abogado para las colecciones. Esta cantidad adicional es en reconocimiento de los costos asociados con el proceso de acción de dicha colección. Yo autorizo la publicación de información financiera identificable sobre mi cuenta, incluidos los cargos facturados, los pagos efectuados e interés cargada, etc., a la agencia de colección del dentista o abogado de la colección debe procedimientos de colección descrito sea necesario. También estoy de acuerdo en pagar un cargo financiero de 1.5% por mes (18% anualmente) sobre el saldo no pagado.

Autorizo a Center Square Family Dental o tales asociados o asistentes que él o ella pueda designar para realizar los procedimientos que considere necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona por quien tengo responsabilidad. Esto incluye arreglo o administración de cualquier analgésico sedante (incluyendo el óxido nitroso), terapéutica, y otros agentes farmacéuticos, incluyendo estos relacionado con tratamientos restaurativo, paliativo, terapéutico, o quirúrgico.

Entiendo que la administración del anestésico local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a: moretones, hematoma, simulación cardíaca y, temporalmente o raramente, la insensibilidad permanente o dolor muscular. Voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de sustancial y graves daños, si los hubiere, que puede ser asociado con los procedimientos de tratamiento preventivo y operativo general con la esperanza de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no puede ser logrado, para mi beneficio o el beneficio de mi niño menor o pupilo. Reconozco que la esencia y propósito de los procedimientos anteriores han sido explicados a mi caso y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma con precisión y a lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo cumplir con las condiciones indicadas en este documento.

Imprima y firme con pluma de tinta

Firma _____ Fecha: _____
(Paciente, Tutor Legal o Representante del Paciente)

Testigo: _____ Fecha: _____