

Bienvenidos a nuestra práctica. Tome por favor unos minutos para llenar esta forma.
Si tiene cualquier pregunta, nosotros estaremos contentos ayudarle.

Jorge E. Vallejo, DMD
REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Fecha _____ (POR FAVOR PRINT) Correo Electrónico _____

Paciente _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Preferido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del hogar (____) _____ Celular (____) _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento ____/____/____ Casado(a) Viudo(a) Soltero(a)
mm dd aa Separado(a) Divorciado(a) Menor

Empleador/Escuela _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador/Escuela _____ Teléfono del Empleador/Escuela (____) _____

Cónyuge/Padre _____ Cónyuge/Padre - Fecha de nacimiento ____/____/____

Social Security #/TIN# _____ Cónyuge /Padres - Social Security/TIN# _____

Compañía de seguro - Nombre & teléfono _____ Grupo # _____

En caso de emergencia, a quién debemos notificar? _____ Teléfono (____) _____

A quién podemos agradecer su referencia? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del último examen ____/____/____

¿Jamás ha tenido usted cualquiera del siguiente? (cheque las cajas abajo):

SIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia Cel/fal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos o Mareo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toma Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toma Medicinas de Dieta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula Artificial-Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coyunturas Artificiales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos de Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía Cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ulceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gomas Sangrientas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Desorden de Sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis (Typo A,B,C) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es alérgico a?:
Transfusión de Sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Positivo de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Látex <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia Química <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de Mandíbula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penicilina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro? _____
Colesterol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Válvula Congenital-Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso Mitral de Válvula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tratamientos de Cortisona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas Nerviosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tos (Persistente/Sangriento) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Ha respondido usted adversamente a algún tratamiento médico o dental? Sí No

¿Esta tomando cualquier medicina en este momento? Sí No ¿Se sí,, qué? _____

¿Está bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Para qual condicion? _____

¿Sospecha que está embarazada? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

CERTIFICACION

Según mi mayor conocimiento, la información proporcionado en esta forma es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad de informar a mi médico si yo o mi niño tiene un cambio en la salud.

CONSENTIMIENTO DE SECUNDARIO/NIÑO

Soy el padre, el guardián, o representante personal de _____ y no hay ordena tribunal ahora vigente que me prohíbe de firmar este consentimiento. Hago petición y autorizo el personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para el niño denominado arriba, inclusive y no limitado a radiografías, y a la administración de anestésicos, que es creído conveniente por el médico, sin tener en cuenta si estoy presente cuando el tratamiento es rendido.

SEGURO DENTAL

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos un partido a ese contrato. Nosotros no participamos con cualquier plan. Estamos dispuestos a ayudarlo a recibir sus beneficios admisibles máximos procesando sus reclamos al seguro para usted. Para lograr estos objetivos, nosotros necesitamos su ayuda. Es su responsabilidad de verificar el beneficio alcance para cualquier servicio realizado en esta facilidad. No todos los servicios son cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que ellos no cubrirán. Debemos acentuar que como un proveedor dental, nuestra relación está con usted, no su compañía de seguros. Reclamos al seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todas las cargas son su responsabilidad desde la fecha que los servicios son rendidos. Su firma abajo nos autorizará a utilizarlo en todos los sumisiones de seguro y permitimos tarea de beneficios si somos de recibir el pago de seguro. **Nuestra política del pago es así:**

1. El paciente que tiene seguro que envía el pago directamente al paciente tendrá que pagar por su tratamiento en tiempo del servicio
2. El paciente que tiene seguro que envía el pago a nuestra oficina tendrá que pagar la co-paga y franquicia (si aplicable) para su tratamiento al tiempo del servicio

ACUERDO FINANCIERO

Reconozco que el pago es debido en el momento de tratamiento, a menos que otros arreglos sean hechos. Acepto responsabilidad financiera de todas las cargas para servicios. Los pagos pueden ser hechos por dinero efectivo, cheque o la tarjeta de crédito. Nosotros también participamos con Care Credit, que es semejante a una tarjeta de crédito y utilizado sólamete para el tratamiento dental. Un \$30 honorario será impuesto en cualquier cheque regresado para fondos insuficientes.

CITAS

Si cancela una cita con menos de 24 horas advierte o falta de aparecer para su cita, habrá una carga de \$60 de la cita.

La firma de Paciente/Padre, el Guardián o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre de Paciente/Padre, el Guardián o Representante Personal

La relación al Paciente

Uso de Oficina:

MEDICAL HISTORY UPDATE

Date _____ Has there been any change in the patient's health since the last dental appointment? Yes No
For what conditions? _____

Is the patient taking any new medications? Yes No If so, what? _____

MEDICAL HISTORY UPDATE

Date _____ Has there been any change in the patient's health since the last dental appointment? Yes No
For what conditions? _____

Is the patient taking any new medications? Yes No If so, what? _____