



Informacion Del Paciente

Nombre del Paciente: _____ SS#: _____
Apellido Primer Nombre Inicial
Direccion: _____ Correo Electronico: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Sexo: M F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Casado(a) Viudo(a) Soltero(a)
No. De Tel. _____ Celular: _____
 Separado(a) Divorciado(a) Nino(a)
Nombre del Empleador/ Escuela del paciente: _____ Ocupacion: _____
Dirreccion de Empleador/ Escuela: _____ No. de Telefono: _____
A quien le podemos agradecer la referencia? _____
En caso de Emergencia, a quien podemos notificar? _____ No. de Telefono: _____

Aseguranza

Nombre de la persona responsable: _____
Apellido Primer Nombre Inicial
Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
Direccion: _____ No. de Tel: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____
Direccion: _____ No. de Tel.: _____
Nombre de la Aseguranza: _____
No. de Identificacion: _____ No. de Grupo: _____

Aseguranza Adicional

Esta el paciente cubierto por otra aseguranza adicional: SI ___ NO ___
Nombre de la persona : _____
Apellido Primer Nombre Inicial
Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
Direccion: _____ No. de Tel: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____
Direccion: _____ No. de Tel.: _____
Nombre de la Aseguranza: _____
No. de Identificacion: _____ No. de Grupo: _____

Autorizacion

Yo certifico que yo, y/o mi dependientes(s), tiene cobertura de aseguranza con _____ y asignar directamente al Dr. _____ todos los beneficios de la aseguranza. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por la aseguranza. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones a la aseguranza. El dentista mencionado podra utilizar la informacion de mi salud y divulgar esa informacion a la anteriormente nombrada compania de aseguranza y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios.

Firma del paciente, Padre, o Guardian

Fecha

Deletree su nombre (Paciente, Padre, o Guardian)

Relacion con el Paciente

Historia Medica

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Estas preguntas estan para su ventaja y asegurar que el tratamiento tomara en consideracion su estado de salud del pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer sin relacion a sus preocupaciones dentales, pero todas se asocian a cuidado medico oral apropiado.

Por favor, responda a cada pregunta y marque SI o NO.

1. Ahora está usted bajo cuidado de un médico? **SI NO** Si es asi, cuál es la condición que es tratada? _____
Nombre del médico, número de teléfono, dirección _____
2. Usted ha tenido alguna enfermedad seria u operacion? **SI NO** Si es asi, Cual era el problema? _____
3. Ha estado hospitalizado? **SI NO** Si es asi, cuál fue la condición que fue tratada? _____
4. Esta tomando alguna droga o medicina? **SI NO** Si es asi, que esta tomando? _____

Mujeres: ¿Está usted Embarazada/ o planeas en estar embarazada? **SI NO Tomando anticonceptivos?** **SI NO Amamantando?** **SI NO**

6. Es sensible o alergico a los siguiente? **SI NO Por favor marque las que aplique.**

<input type="checkbox"/> Anestesia Local	<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Algunos Metales	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Aspirina	Otro, cual(es) droga(s)? _____

7. Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?

SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
<input type="checkbox"/> Murmullos en el corazon	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Embolio	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacion	<input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazon/ ataques	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Alergias o hinchazones	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza
<input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> El herpes labial	<input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexual	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral
<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Prótesis artificial	<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Alteraciones congénitas del corazón	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales	<input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados
<input type="checkbox"/> Prótesis articulares	<input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> V.I.H
<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionados anteriormente?		
	Si es asi, cual(es) son: _____		

9. Fuma? **SI NO** Si es asi, cuanto por dia? _____
10. Consume alcohol? **SI NO** Si es asi, con qué frecuencia? _____
11. Alguna vez has tomado la droga Fen- Phen? **SI NO**

Historia Dental

1. Ha tenido anestésico local? **SI NO**
2. Alguna vez ha tenido alguna reacción desfavorable de un anestésico local? **SI NO**
3. Ha tenido usted problema grave asociado con algún tratamiento dental? **SI NO**
Si eso es el caso, explica por favor _____
4. Cuánto tiempo desde su ultima radiografias? _____
5. Cuánto tiempo desde que usted tuvo tratamiento dental? _____
6. Hay algún problema dental que tiene ahora el resultado de un accidente? **SI NO** Si es asi, explique? _____
7. Alguna vez has expirimentado cualquiera de los siguientes problemas en la mandíbula?
Ruidos en la mandibula **SI NO** Dolor (articulacion, oreja, lado de la cara)... **SI NO**
Dificultad en abrir o cerrar la boca.. **SI NO** Dificultad al masticar **SI NO**
8. Sangra su ancia cuando se cepilla o usa hilo dental? **SI NO**
9. Son sus dientes sensibles a liquidos/ comidas dulce, acidos, caliente, o frio? **SI NO**
10. Aprieta o rechina sus dientes? **SI NO**
11. Le gusta su sonrisa? **SI NO**
12. Le hace el tratamiento dental nervioso? **NO** **Ligeramente** **Mucho**

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si algún día tengo algún cambio en mi salud o si mis medicamentos cambian, voy sin falta, informar al médico en mi siguiente cita.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ DDS Signature _____ Date _____

Arcadia Dental Group

Poliza Financiera

En Arcadia Dental Group nuestra meta es proporcionar la odontología de calidad a un precio justo, ambiente saludable, y feliz para todos nuestros pacientes. Ofrecemos nuestros servicios con honestidad e integridad y esperamos lo mismo de aquellos a quienes servimos.

Un cargo de \$ 25.00 será hecho para toda cita perdida que no son cancelados por lo menos 24 horas antes de la cita programada.

Como un servicio a nuestros pacientes sometemos reclamo a su seguro dental para los pagos. Pedimos que cada paciente pague su porción deducible o estimados en el momento de servicio al menos que otros arreglos de pago se han hecho. Si por cualquier razón, la compañía de seguros no paga el estimado, automáticamente se convierte en la parte del paciente. Nuestras opciones de pago incluyen Efectivo, Care Credit, Visa, MasterCard y American Express.

Nuestro objetivo es proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos las tarifas usuales y habituales en nuestra area. El paciente es responsable de pagar el saldo completo, independientemente de la determinación de la compañía de seguros de las tasas usuales y habituales.

He leído, entendido y acepto la Política Financiera por encima en referencia de mis pagos y obligaciones de seguros. Voy a notificar ha Arcadia Dental Group en caso de cambio de seguro, dirección o números de teléfono.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS PRIVADAS

Reconocimiento al Paciente

Arcadia Dental Group

Esta practica dental reconoce la proteccion de la privacidad de el paciente cuando se trate de su salud personal. Nosotros hacemos todo el esfuerzo para proteger y conservar su salud personal en la manera mas segura.

Al firmar este reconocimiento:

Usted solo esta confirmando que entiende nuestra Notificacion de las practicas privadas.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____