

Fecha de Hoy:

Nombre del Paciente: Sexo: M F FECHA DE NACIMIENTO: Edad:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

No. de Seguro Social: Tel. Casa: Cell.:

Si el Paciente es Menor:

Nombre de la Madre/Fecha de Nacimiento: Nombre del Padre/Fecha de Nacimiento:

Persona Responsable de la Cuenta: Relación con el Paciente:

Nombre de Esposo (si aplica): Nombre del Contacto de Emergencia/Tel.:

Nombre Empleador/Tel.: Ocupación:

¿Cómo Supo de Nosotros? Correo Electrónico:

INFORMACIÓN ASEGURANZA DENTAL PRIMARIA

Nombre del Titular de la Poliza:

Fecha de Nacimiento del Titular:

Empleador del Titular de la Poliza:

Nombre de la Compañía de Seguro:

Dirección de la Compañía de Seguro:

Tel. de la Compañía de Seguro:

Seguro Soc. o ID del Titular de la Poliza:

Grupo#:

INFORMACIÓN ASEGURANZA DENTAL SECUNDARIA

Nombre del Titular de la Poliza:

Fecha de Nacimiento del Titular:

Empleador del Titular de la Poliza:

Nombre de la Compañía de Seguro:

Dirección de la Compañía de Seguro:

Tel. de la Compañía de Seguro:

Seguro Soc. o ID del Titular de la Poliza:

Grupo#:

POLÍTICA FINANCIERA

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le solicitamos que usted lea, acepte, y firme antes de cualquier tratamiento. Tenga en cuenta que el pago de la factura se considera parte de su tratamiento. El pago se vence al momento de recibir nuestro servicio. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa y Discover. Financiamiento exterior está disponible con previa solicitud y aprobación.

Nota: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En el caso que sea necesario para nuestra oficina el dar de alta un servicio de colección y/o asistencia legal, usted será responsable para cualquier gasto de colección y/o gastos legales hasta el 35%.

- Como cortesía nosotros vamos a ayudarle a procesar todos sus reclamos de seguros. Por favor entienda que vamos a ofrecerle un estimado de su aseguranza, sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará exactamente según lo estimado. Su compañía de seguros y beneficios de su plan determinarán la cantidad a pagar. Nosotros, por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su estimado sea lo más preciso posible.
- Todos los gastos en que se incurran son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Como su proveedor de cuidado dental debemos enfatizar que nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros.
- Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros de las tasas usuales y habituales.
- Le pedimos que firme esta forma y/o cualquier otro documento que puedan ser requerido por su compañía de seguros. Esta forma da instrucciones a su compañía de seguros para hacer el pago directamente a nuestra oficina.
- Le pedimos que usted pague el deducible y co-pago, en el momento que le proporcionamos el servicio.
- Los pagos de la aseguranza se reciben normalmente dentro de 30-60 días desde el momento de la presentación. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los primeros 60 días, vamos a pedirle que se comunique con su compañía de seguro para asegurarse del pago. Si el pago no se recibe o se rechaza su reclamo, usted será responsable del pago completo correspondiente en ese momento.

Consentimiento:

HE LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LOS TERMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES. YO AUTORIZO A MI COMPAÑIA DE SEGUROS PARA PAGAR POR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A MI CONSULTORIO DENTAL. Entendido que la responsabilidad de pago por los servicios dentales proporcionados en esta oficina a mí o mis dependientes, es mía, que el pago será enviado y es pagadero al momento en que se prestan los servicios a menos que se hayan hecho arreglos financieros. Además, entiendo que un financiamiento, refacturación, cargos por colección y/o honorarios de abogado se añadirán a cualquier saldo vencido. Al firmar abajo, nos autoriza a llamar a cualquier número que usted proporcione incluidas las llamadas a los dispositivos móviles/celulares o similares para cualquier propósito legal.

Política de cita: Un aviso de 48 horas se debe dar para la cancelación o reprogramación de citas. Esta es la política de citas de Santa Martha Dental, y la política no se pueden cambiar. Un cargo de hasta el 100% de la cantidad de su cita programada será cargado A USTED, por cancelaciones de última hora o por que no se presento a su cita.

Firma del Paciente(Padres si es menor de edad)

Fecha:

Formulario para la Historia de Salud

Email: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: Apellido Nombre 2o Nombre Teléfono de Casa: Incluya código del área () Teléfono de Oficina/Celular: Incluya código del área ()

Dirrección: Dirrección postal Ciudad: Estado: Código postal:

Ocupación: Altura: Peso: Fecha de nacimiento: Sexo: M F

SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: Parentesco: Teléfono: Incluya código del área () Teléfono celular: Incluya código del área ()

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?

Su Nombre Parentesco

Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) **SÍ** **No** **NS**

Tuberculosis activa

Tos persistente de más de 3 semanas de duración

Tos que produce sangre

Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis

Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental: <input type="text"/>
Bebe usted agua embotellada o filtrada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión? <input type="text"/>
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> A DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE	Fecha de su última radiografía dental: <input type="text"/>
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy? <input type="text"/>	
Cómo se siente con su sonrisa? <input type="text"/>	

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Médico: <input type="text"/> <small>Nombre</small> Teléfono: <small>Incluya código del área</small> () <input type="text"/>	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema? <input type="text"/>
Dirrección/Ciudad/Estado/Código: <input type="text"/>	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: <input type="text"/>
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si es así, qué condición le están tratando? <input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de su último examen médico: <input type="text"/>	<input type="text"/>

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí No NS		Sí No NS	
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____					
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____					
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí No NS		Sí No NS	
Anestésicos locales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Metales	
				Látex (goma)	
				Yodo	
				Polen (fiebre del heno)/estacional	
				Animales	
				Alimentos	
				Otros	

SÓLO MUJERES Está usted:

Embarazada?.....

Número de semanas: _____

Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....

Amamantando?.....

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

		Sí	No	NS			Sí	No	NS			Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____				
ECC reparada con defectos residuales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Tuberculosis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>					Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Dolores de pecho por esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____				
					Dolor crónico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Diabetes Tipo I o II		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____				
					Trastornos de alimentación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Malnutrición		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Enfermedad gastrointestinal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Reflujo G.E./ardor persistente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Úlceras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Alteraciones de la tiroides		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Derrame cerebral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										Orina en forma excesiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: *Incluya código del área* ()

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: _____

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
