

Paciente Information

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido, Nombre MI (nombre preferible)
 Genero: _____ estado civil: _____

seguridad #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ (celular): _____

domicilio: _____
Calle Apartment #
Ciudad Estado Zip Code

Si estudiante, nombre de escuela _____

Numero de Licencia Para Manejar _____ estado _____

Actualizacion Medica

Fecha de ultima cita: _____ principal razon por esta cita dental: _____

Ha tiendo usted cualquiera del siguiente? Verifique esos que aplican a usted..Porfavor:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> sida/VIH positivo | <input type="checkbox"/> Adiccion a drogas | <input type="checkbox"/> Desordenes mentales | <input type="checkbox"/> Tattoos |
| <input type="checkbox"/> Alergiasa pollen/polvo | <input type="checkbox"/> desmayos | <input type="checkbox"/> Marcaposos cardiaco | <input type="checkbox"/> enfermedad tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> sed excesiva | <input type="checkbox"/> problemas rinones | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> desangramiento | <input type="checkbox"/> prolapso valvula mitral | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> enfermedad higado | <input type="checkbox"/> ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artriteso gota | <input type="checkbox"/> Ilagas en la boca | <input type="checkbox"/> nerviosidad | <input type="checkbox"/> enfermedad venerea |
| <input type="checkbox"/> coyuntura artificial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> embarazada | <input type="checkbox"/> alergias a codeina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> ataque cardiaco | fecha: _____ | <input type="checkbox"/> alergias a penicilina |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> medicamento previo | OTRO: |
| <input type="checkbox"/> enfermedad sanguinea | <input type="checkbox"/> susurro de corazon | <input type="checkbox"/> radiacion | <input type="checkbox"/> alergias a hule latex |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> hepatitisA | <input type="checkbox"/> reumas | <input type="checkbox"/> alergias a droga(s): |
| <input type="checkbox"/> embolia | <input type="checkbox"/> hepatitisB o C | <input type="checkbox"/> fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> problemas estomago | _____ |
| | <input type="checkbox"/> sinusitis | | |
| | <input type="checkbox"/> Ictericia | | |

• Ha tiendo complicaciones despues de un tratamiento dental? Si No
 Explique porfavor: _____

• Esta usted bajo el cuidad de un medico a hora? Si No
 Explique porfavor: _____

• Nombre de su Medico: _____ Phone: _____

• Tiene problemas de salud que necesita explicar al Dentista? Si No
 If si, please explain: _____

Que yo sepa toda as las respuestas precedents son veridicas. Si hay cambios en el estado de m dejare saber al dentista y a los dependientes del consultono.

 Firma del pacient, (padre o guardian) Fecha: _____

Conyuge or Responsible Party Information

Lo siguiente para es: el paciente's conyuge la persona responsable de la cuenta

Nombre: _____
 hombre mujer casado(a) soltero(a) Hijo(a) Otro _____

numero social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Telefono (casa): _____ (trabajo): _____ Ext: _____ major hora para hablar : _____

Domicilio: _____
Calle _____ Apartment # _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Aseguraza Information

Primary

Nombre of Persona asegurada: _____ Es la persona asegurada una paciente? si No
Apellido Nombre MI

Persona asegurada's Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Group #: _____

Persona asegurada's Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Persona asegurada's Empleo Nombre: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Paciente's relacion to persona asegurada: Uno mismo Conyuge Hijo(a) Otro _____

Aseguraza Plan Nombre y Domicilio: _____

Secondary

Nombre of Persona asegurada: _____ Espersona asegurada a paciente? Si No
Apellido Nombre MI

Persona asegurada's Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Group #: _____

Persona asegurada's Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Persona asegurada's Empleo Nombre: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Paciente's relacion to persona asegurada: Uno mismo Conyuge Hijo(a) Otro _____

Aseguraza Plan Nombre y Domicilio: _____

Consentemiento Para Servicios

Como una condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros se deben hacer en el avance. La práctica depende del reembolso de los pacientes para los costos contraídos en su cuidado y responsabilidad financiera en la parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento. Todos los servicios dentales de emergencia, o algún servicio dental realizado sin arreglos financieros, debe ser pagado en el tiempo de cita.

Los pacientes que llevan el seguro dental entienden que todos servicios dentales amueblados son cargados directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos servicios dentales. Firmyo debajo de yo por la presente autoriza el pago directamente a la Oficina Dental del seguro del grupo beneficia de otro modo pagadero a mí. Un servicio de 1½ % por mes (18% al año) en el equilibrio impagado será cargado en todo da cuenta exceder 90 días, a menos que los arreglos financieros previamente escritos se satisfagan. Entiendo que la estimación del honorario listó para este cuidado dental puede sólo sea extendido para un período de seemeses de la fecha del examen paciente.

Entiendo que hay un \$40 cargo por las citas que se cancelan o no son mantenido sin una 24 horas nota. Para evitar este acontecimiento se cerciora por favor nosotros tenemos los números de teléfono correctos para que nosotros le podamos recordar.

Yo le otorgo mi permiso a usted o a su apoderado, para telefonarme en cualquiera de los números que he proporcionado para discutir los asuntos relacionados a esta forma.

He leído el encima de condiciones del tratamiento y el pago y concuerdo a su contenido.

_____ fecha: _____ Relacion a Paciente: _____
firma de paciente, parent or guardian

_____ fecha: _____ Relacion a Paciente: _____
firma de guarantor of payment/responsible party