

Informacion del Paciente:

Nombre del Paciente: _____

Direccion-Calle: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Edad: ____ Numero de Seguro Social: _____

Telefono de Casa: _____ Cell: _____ Telefono de Trabajo: _____

Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Separado (a) Divorciado (a)

Ocupacion: _____ Nombre de Trabajo: _____

Nombre de Esposo/Esposa: _____

Persona Responsable:

Nombre de la Persona Responsable de esta Cuenta: _____ Parentesco al Paciente: _____

Direccion-Calle: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre de Trabajo: _____ Telefono de Trabajo: _____

En Caso de Emergencia, A quien le podemos notificar?

Nombre: _____ Telefono: _____

A quein le podemos agradecer la referencia? _____

Information Sobre la Aseguranze:

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre de la Aseguranze: _____ Numero del Grupo: _____

Tiende Ud. Algun seguro adicional? Si No

Autorizacion

Yo certifico que he leído y entendido la informacion de arriba l lo major de mi conocimiento.

Firma del Paciente (o firma del Padre si el Paciente es Menor.)

Historia Medica del Paciente

Nombre del Medico _____ Telefono de _____ clinica _____

- | | |
|--|--|
| <p>1. ¿Esta ahora bajo tratamiento medico?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2. ¿Durante los ultimos 5 anos, ha sido hospitalizado Por una operacion o enfermedad seria?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si es asi, expique por favor _____</p> <p>3. ¿Esta tomando alguna droga o medicina (receta o no)..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si es asi, ¿que esta tomando? _____</p> <p>4. ¿Ha Ud. Tomado phen-fen/redux/?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>5. ¿Usa Ud. Tabaco?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6. ¿Usa Ud. Drogas ilicitas?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7. ¿Usa Ud. Lentes de contacto?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>10. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?</p> | <p>8. ¿Es Ud. Alergico o ha tenido una reaccion a estas sustancias?</p> <p>Anestesia local (Novocaina)..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Penicilina u otros antibioticos..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sulfamidas..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Barbituricos..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Yodo..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sedantes..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Aspirina..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Algunos metales (Niguel, Mercurio)..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Latex o productos de hule..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Otro (favor de enumerar)..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>9. Para Mujeres Solamente</p> <p>¿Esta embarazada o piensa que si?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Esta amamantando?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Esta tomando pildoras anticonceptivas?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
|--|--|

	SI No		SI No		SI NO
Presion alta..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiaca..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardiaco..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapaso Cardiaco..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmullos en el Corazon..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Aliento..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillos hinchados..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque de paralysis..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo/Ataque..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansado con frecuencia..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/alergias..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Baja..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terepia de Radiacion..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reemplazo de articulacion..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reciente perdida de peso..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetis..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O implante..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del higado..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del rinon..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis/Latericia..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida o infection por HIV..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del tiroides..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad venereal..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de valvula mitral... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Dental Del Paciente

Nombre del ultimo Dentista _____ Fecha del ultimo Examen: _____

- | | |
|--|--|
| <p>1. ¿Sangran las encias cuando se cepilla O usa hilo dental?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2. ¿Son sus dientes sensibles a liquidos Alimentos frios o calientes?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3. ¿Son sus dientes sensibles a liquidos Alimentos dulces o acidos?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>5. ¿Tiene bultos o llagas acerca de la boca?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6. ¿Ha tenido heridas en la cabeza, cuello O la Quijada?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7. ¿Tiene Dolores de cabeza con frecuencia..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8. ¿Aprieta o muele los dientes?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>9. ¿Le gusta su sonrisa?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>10. ¿Muerde los labios o mejillas con frecuencia..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>11. ¿Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>13. ¿Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>14. ¿Tiene Ud. Dentadura postiza o parciales?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si es asi, ¿Cual fue la fecha de colocacion? _____</p> <p>15. ¿Ha recibido instrucciones higienias sobre el cuidado de los dientes y las encias?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>16. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada?</p> <p>Ruidos en la quijada..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor (articulacion, oreja, lado de la cara)..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dificultad en abrir o cerrar la boca..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dificultad al masticar..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
|--|--|

Autorizacion

Yo certifico que he leído y entendido la informacion de arriba a lo mayor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que infomacion inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista pra proveer cualquier informacion (incluyer diagnostico y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi Nino durante el periodo de cual cuidado dental) a sefuro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compania de seguros a pagarle directamente al dentista a grupo dental los Beneficios que hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compania de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos los servicios prestados a favor de mi o mis dependientes.

X _____ Fecha _____
 Firma del Paciente (o firma del Padre, si el Paciente es menor)
 Firma de Doctor _____ Fecha _____

Chandler Dental Arts

Poliza Financiera

Nuestra filosofia es proveer calidad dental para toda la familia. Es nuestro objetivo proveer salud y felicidad para todos los pacientes. Ofrecemos opciones de pago para nuestros pacientes como: Efectivo, Tarjetads de Visa y Mastercard.

Un cargo de \$25.00 se le hara si usted pierde su cita, no hay una cancelacion o otra cita, almenos que usted nos notifique antes de las 25 hora.

Nuestro servicio a los pacientes se referira a su claim de aseguranzapara los pagos. Cada Paciente debera pagar el deducible y la porcion estimada a cada cargo de los servicios obligacion. Por favor monitore sus pagos de aseguranza.

Nuestro practica es deicada en proveenir el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y le haremos cargo de lo usual y costumario en nuestra area. Usted es responsable de pagar el dependiendo de la determinacion de la compania de aseguranza usual y costumario pago.

He leido, estendido, y aceptado la pliza financiera con respeto a mis pagos de obligacion de la aseguranza. Norificar a Chandler Dental Arts si ocurre algun cambio en la aseguranza, dirreccion, o numero de telefono.

Deletree su nombre: _____

Firme su nombre: _____

Fecha de hoy: _____

NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS PRIVADAS

Acontecimiento al Paciente

Chandler Dental Arts

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

Cuando firma esta acondicionamiento usted no esta dando sus derechos privados y puede requerir la privacidad de su salud personal.

Firme su nombre de que entiende acontecimiento de las notificacion de las Practicas Privadas.

Deletree su nombre: _____

Firme su nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Chandler Dental Arts•501 W. Ray Rd. Suite #10 Chandler, AZ. 85525•(480)963-0077