



Conroe Family Dentistry



Información De Paciente :

Nombre _____ Esposo(a) _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código Postal _____
 Celular _____ Teléfono de casa _____
 Teléfono de trabajo _____ Correo electrónico _____
 Método de contacto preferido:
 Teléfono de casa ___ Celular ___ Teléfono de trabajo ___ Correo Electrónico ___

Podemos enviarle un mensaje de texto para recordatorios de citas? Si ___ No ___
 Quieres recibir recordatorios de citas por correo electrónico? Si ___ No ___

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género M H
 Número de seguridad social _____ Número de licencia de manejar _____

A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina?
 (Por favor sea específico) _____

Información Del seguro:

<u>Compañía de seguros primario</u>	<u>Compañía de seguros secundaria</u>
Nombre de compañía _____	Nombre de compañía _____
Núm. de grupo _____	Núm. de grupo _____
Núm. de póliza/ID _____	Núm. de póliza/ID _____
Empleado _____	Empleado _____
Empleador _____	Empleador _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
SS # _____	SS # _____
Teléfono _____	Teléfono _____
Dirección _____ _____	Dirección _____ _____



Conroe Family Dentistry



Contacto de emergencia:

Nombre _____	Relación _____
Dirección _____	Ciudad _____
Estado _____	Codigo Postal _____
Celular _____	Teléfono de casa _____
	Teléfono de trabajo _____

Contacto de Persona responsable de pagar:

Nombre _____	Relación _____
Dirección _____	Ciudad _____
Estado _____	Codigo Postal _____
Celular _____	Teléfono de casa _____
	Teléfono de trabajo _____

Consentimiento para la responsabilidad financiera::

- Como condición de su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de nuestros pacientes por los costos incurridos para su cuidado.
- Los pacientes entienden que antes del tratamiento, se proporcionará un plan de tratamiento con una estimación del paciente y la parte del seguro. Los pacientes también entienden que en el caso de que el seguro no cubra el tratamiento, el paciente será totalmente responsable del costo del tratamiento.
- Se cobrará un cargo de servicio de \$ 25 a los pacientes que NO cancelen su cita con un aviso de 24 horas (No se presenta)

He leído las condiciones anteriores de tratamiento / pago y acepto su contenido.

- He proporcionado información precisa de seguro / emergencia / personal y entiendo que debo informar cualquier cambio a Conroe Family Dentistry.

Firma de paciente/Guardian _____ Fecha _____

Nombre de paciente _____



Conroe Family Dentistry Medical History



Para que nuestra oficina le brinde a cada paciente la mejor atención posible, complete el historial médico y dental a continuación. **TODA** la información es completamente **CONFIDENCIAL**. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una relación importante con la odontología que pueda recibir. Gracias por responder las siguientes preguntas.

Está bajo el cuidado de un médico ahora? Si___ No___ si, nombre del médico
 _____ & Número_ _____

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Si___ No___ En caso si, explique

Estás actualmente en una dieta especial? Si___ No___ En caso que si, explique

Usas drogas recreativas? Si___ No___ En caso que si, explique

MUJER: Embarazada / Tratando de quedar embarazada? Si___no___
 si esta embarazada, Fecha estimada de parto _____
 Amamantamiento? Si___No___ Tomando anticonceptivos orales? Si___ No___

TIENE, O HA TENIDO, ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (POR FAVOR CIRCULE TODOS LOS QUE APLICAN)

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| - SIDA / VIH positivo | -Lentes de contacto | -Problemas cardiacos | - Diálisis renal |
| -Alzheimer's Disease | -Convulsiones | -Hemofilia | -Fiebre Reumática |
| -Anafilaxia | -Medicina de cortisona | -Hepatitis A | -Reumatismo |
| -Anemia | -Diabetes | -Hepatitis B o C | -Fiebre de los islotes |
| -Angina | - Adicción a las drogas | -Herpes | -Shingles |
| -Artritis/gota | - Fácilmente sinuoso | -Alta presión arteria | - Enfermedad de células falciformes |
| -Válvula cardiaca artificial | -Fisema- | -Urticaria/Erupcion | -Problema respiratorios |
| - Articulación artificial | -Epilepsia/convulsiones | -Hipoglucemia | -Espina Bífida |
| -Asma | -Sangrado excesivo | -Latido cardiaco irregular | -Estomago/Intestino |
| -Enfermedad de la sangre | Sed excesica | -Problemas de riñón | -Derrame cerebral |
| - Transfusión de sangre | -Hechizos de desmayo / mareo | -Leucemia | -Resistencia de las extremidades |
| - Problemas respiratorio | -Tos frecuente | -Enfermedad del higado | -Enfermedad de la tiroides |
| - Moretónes con facilidad | -Diarrea frecuente | - Presión arterial baja | -Tonitis |
| -Cancer | -Herpes genital | -Enfermedad pulmonar | -Tuberculosis |
| - Quimioterapia | -Glaucoma | - Migraña / dolores de cabeza | -Tumores/crecimientos |
| - Dolores en el pecho | - Fiebre de Hielo | - Prolapso de la válvula mitral | - Ulceros |
| -Úlceras bucales / ampollas | - Ataque cardíaco / falla | - Enfermedad de la paratiroides | - Enfermedad venérea |
| -Trastorno cardíaco congénito | - soplo cardíaco | -Atención psiquiátrica | -Ictericia amarilla |
| -Marcapasos cardíaco | -Tratamiento de la radiación | -Pérdida de peso reciente | -Otros _____ |

Nombre de paciente _____

Office Notes _____

Firma de Doctor _____ Fecha _____



Conroe Family Dentistry Medical History



POR FAVOR, LISTE CUALQUIER MEDICAMENTO (PRESCRITO Y EXTRAÍDO), VITAMINAS Y SUPLEMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE. SI YA TIENE UNA COPIA DE SUS MEDICAMENTOS, PODEMOS HACER UNA COPIA DE ELLO PARA NUESTROS REGISTROS.

<i>Medicamentos / Vitaminas / Suplementos</i>	<i>Razón por tomar los medicamentos</i>

Es alérgico a cualquiera de los medicamentos? (circulo)

La aspirina Penicilina Codeína Acrílico Látex Anestésia Local

Otro: _____

Notas De La Oficina:

Firma de paciente/Guardian _____ Fecha _____

Nombre de paciente _____

Firma del doctor _____ Fecha _____



Conroe Family Dentistry Dental History



TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN DENTAL INMEDIATA AHORA? SI ___ NO ___

Si es así, describa _____

ESTÁ SATISFECHO CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES?? SI ___ NO ___ EXPLIQUE:

SIENTES NERVIOSO POR TENER TRATAMIENTO DENTAL?? SI ___ NO ___

EXPLIQUE: _____

Alguna vez has tenido:

Tratamiento de ortodoncia?	Si ___ No ___
Cirugía Oral?	Sí ___ No ___
Tratamiento periodontal	Sí ___ No ___
Dientes desgastados / mordida	Sí ___ No ___
Placa de mordida / Protector bucal	Sí ___ No ___
Lesión en la boca / cabeza	Sí ___ No ___

Alguno de sus dientes son sensibles a:

Caliente o frio?	Si ___ No ___
Dulces?	Si ___ No ___
Morder / masticar	Sí ___ No ___
Olores / Mal sabor	Sí ___ No ___

Tienes alguno de los siguientes hábitos?

Apretar o rechinar los dientes mientras está despierto o dormido?	Si ___ No ___
Morder tus labios o mejillas regularmente?	Si ___ No ___
Respirar por la boca al estar despierto o dormido?	Si ___ No ___
Fumar / masticar tabaco?	Si ___ No ___

Has experimentado alguno de los siguientes??

Haciendo clic o haciendo estallar la mandíbula?	Si ___ No ___
Dolor (articulación, oreja, lado de la cara)?	Si ___ No ___
Dificultad para abrir / cerrar la boca??	Si ___ No ___
Dolor de cabeza, cuello o hombro?	Si ___ No ___

Tus encías sangran o te duelen? Si ___ No ___

Han experimentado tus padres enfermedades de las encías o pérdida de dientes?	Si ___ No ___
Ha notado algún diente flojo o cambio en su mordida?	Si ___ No ___
Los alimentos tienden a quedar atrapados entre los dientes?	Si ___ No ___

Nombre de paciente _____

Office Notes



Conroe Family Dentistry



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN

Puede negarse a firmar este reconocimiento, pero, al rechazar No se nos permitirá procesar sus reclamaciones de seguros.

Fecha: _____

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente vigente para Conroe Family Dentistry. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original. MI FIRMA TOMARÁ TAMBIÉN COMO UNA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE PHI, DEBO SOLICITAR UN TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS QUE SE ENVIEN A OTROS DOCTORES ASISTENTES EN EL FUTURO.

Su nombre

Por favor FIRME su nombre

Firma de Representante Legal

Descripción de la Autoridad

FAVOR LISTE A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE PUEDEN TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DENTAL :

Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____

AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR LAS CITAS, EL TRATAMIENTO Y LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN, LA INFORMACIÓN DEL RELEJ ACERCA DE MI SALUD DENTAL Y / O SER CONTACTADO SOBRE OFERTAS ESPECIALES A TRAVÉS DE:

- Teléfono celular
- Teléfono de casa
- Teléfono de trabajo
- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Correo / Postal

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA: Como Oficial de Privacidad, intenté obtener la firma del paciente (o de los representantes en este reconocimiento) porque no lo hizo porque:

- Fue un tratamiento de emergencia.
- No pude comunicarme con el paciente
- Paciente se negó a firmar.
- Otro: _____

Firma Firma del Oficial de Privacidad: _____ Fecha _____