



Conroe Family Dentistry



Información De Paciente :

Nombre _____ Espos(a) _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de:
Casa _____ Celular _____ 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 ____ F ____

Número de Seguro Social _____

A quién podemos agradecer por referir lo(a) a nuestra oficina?

(Por favor sea específico) _____

Contacto de emergencia:

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



Conroe Family Dentistry



Contacto de Persona responsable de pagar:

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código 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/ por hora a los pacientes que NO cancelen su cita con un aviso de 24 horas o no se presente a su cita.
- 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 excesiva | -Problemas de riñón | -Derrame cerebral |
| - Transfusión de sangre | -Hechizos de desmayo / mareo | -Leucemia | -Resistencia de las extremidades |
| - Problemas respiratorio | -Tos frecuente | -Enfermedad del hígado | -Enfermedad de la tiroides |
| - Moretones 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 | - Ulceras |
| -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 | - Discapacidad (Mental o Fisico) |
| | | | -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.

Medicamentos / Vitaminas / Suplementos	Razón por tomar los medicamentos

¿Es alérgico a cualquiera de los medicamentos? (círculo)

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Látex Anestesia Local

Otro: _____

Nombre de su Farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma de PACIENTE/Guardian _____ Fecha _____

Nombre de PACIENTE _____

Firma del DOCTOR _____ Fecha _____

Notas De La Oficina:



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 ENVÍEN A OTROS DOCTORES ASISTENTES EN EL FUTURO.

Nombre de PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE (mayores de 18 años)

Firma de Representante Legal

Descripción de la Autoridad

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

Nombre _____	Relación _____	Cell: _____
Nombre _____	Relación _____	Cell: _____
Nombre _____	Relación _____	Cell: _____

AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR LAS CITAS, EL TRATAMIENTO Y LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN, LA INFORMACIÓN 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: _____