



INFORMACION DE PACIENTE

Bienvenido a Pristine Family and Implant Dentistry. Agradecemos la confianza que coloca con nosotros para proveer servicios dentales. Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario. La información proporcionada en este formulario es importante para su salud dental. Si ha habido algún cambio en su salud, por favor díganos. Si usted tiene alguna pregunta, no dude en preguntar.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/_____ sexo m / f
Nombre M.L. Apellido
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Direccion de envio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Tel.Casa: _____ Tel. celular: _____ Correo electronico: _____
#Licencia de manejar: _____ #Seguro social: _____
Empleador: _____ Tel. empleador: _____
Contacto de emergencia: _____ #Tel: _____ Relacion: _____
Aseguranza principal: _____ #De grupo _____ Id# _____
Aseguranza secundaria: _____ #De grupo _____ Id# _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ SS# _____
Nombre de doctor: _____ Fecha de última visita médica: _____
Nombre de dentista anterior: _____ Fecha de ultima visita dental: _____
Como escucho de nosotros: google / facebook / correo / otro: _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de su consulta hoy	Comida/líquidos calientes? _____ si / no
Dolor (emergencia) / examen / implante / limpieza / otro	Comida/líquidos fríos? _____ si / no
Desea completar tratamiento dental? _____ si/no	Comida agria? _____ si / no
Le tiene nervios al tratamiento dental? _____ si/no	Comida dulces? _____ si / no
Esta conforme con su sonrisa? _____ si/no	Que seguido se sevilla los dientes? 1X dia/ 2x dia/ 3x dia
Ha tenido algun problema dental? _____ si/no	Que seguido se pasa ilo dental? 1Xdia/ 2x dia/ Otro
Suele atraganzar facilmente? _____ si/no	Ha sido diagnosticado con disorden de mandibula (tmd)? _____ si/no
Se atora comida en sus dientes? _____ si/no	Tiene algun ruido, salto o molestia en la mandibula? _____ si/no
Ha sido diagnosticado/a con gingivitis? _____ si/no	Le sangran las ensillas? _____ si/no
Le sangran las ensillas? _____ si/no	Suele rechinar o apretar sus dientes? _____ si/no
Le suelen doler las ensillas? _____ si/no	Se ha lesionado la cabeza o mandibula? _____ si/no
Toma medicina de fluoruro? _____ si/no	Es usted fumador habitual? _____ si/no
Tiene sensibilidad? _____ si/no	



HISTORIA MEDICA

Premedicacion requerido	si / no	Problemas de alergia	si / no
		Fiebre de heno	si / no
Tiene alergia o ha reaccionado a cualquier de los siguientes?		Problemas de sinusitis	si / no
Anestetico local ("novocaine")	si / no	Erupciones en la piel	si / no
Penicillina o otros antibioticos	si / no	Toma medicamentos para alergias	si / no
Medicamento se sulfa	si / no	Asthma	si / no
Sedantes o pastillas para dormir	si / no	Problemas de hueso o ligamentos	si / no
Aspirin, acetaminophen or ibuprofen	si / no	Artritis	si / no
Codeine, demerol o otros narcoticos	si / no	Dolor se espalda o cuello	si / no
Reaccion a metal	si / no	Reemplazo de ligamentos	si / no
Latex or rubber dam	si / no	Enfermedades neurologicas	si / no
Otro	si / no	Desmayos, convulsiones, epilepsia	si / no
Note:		Infarto	si / no
Problemas de corazon	si / no	Dolores de cabeza frecuentes	si / no
Dolor de pecho	si / no	Problemas de tiroides	si / no
Falta de aliento	si / no	Tos persistente o glandulas inflamadas	si / no
Alta presion	si / no	Cancer/tumor	si / no
Soplo cardiaco	si / no	Problemas intestinales	si / no
Valvula cardiaca	si / no	Ulceras	si / no
Toma medicacion para corazon	si / no	Perdida o aumento de peso	si / no
Fiebre reumatica	si / no	Dieta especial	si / no
Tiene marcapasos	si / no	Estrenimiento/diarrea	si / no
Valvula cardiaca artificial	si / no	Problemas de rinon o vejiga	si / no
Diabetis	si / no	Toma alcohol?	si / no
Tipo I	Tipo II	Cuanto?	si / no
Orina mas de 6 veces al dia	si / no	Fuma?	si / no
Tiene sed o su boca esta seca la mayor parte del tiempo	si / no	Cuanto?	si / no
Historia de diabatis an la familia	si / no	Hepatitis, ictericia, o problemas del higado	si / no
Problemas de sangre	si / no	Herpes o otro ets	si / no
Moretones co facilidad	si / no	Vih positivo / sida	si / no
Sangra de la nariz frecuentemente	si / no	Glaucoma	si / no
Sangra anormal	si / no	Usa lentes de contacto	si / no
Enfermedad de la sangre (anemia)	si / no	Historia de lesion craneal	si / no
Ha requerido transfusion de sangre	si / no	Historia de abuso de droga/alcohol	si / no
		Tuberculosis o otra enfermedad respiratoria	si / no

Tiene alguna enfermedad, condicion, o problema que no esta en esta lista que necesitamos saber?

Por favor de anotar

Durante los pasados 12 meses, ha tomado de lo siguiente?

- Antibioticos o medicamento sulfa si / no
Anticoagulantes (ex. Coumadin) si / no
Medicina para alta pression si / no
Tranquilizantes si / no
Insulina, orinase, o medicina similar si / no
Aspirina si / no
Digitalis o medicamento de corazon si / no
Nitroglicerina si / no
Cortisona (esteroides) si / no
Remedias naturales si / no
Medicamentos sin receta si / no
Otro si / no

Mujeres

- Esta tomando anticonceptivos o hormonas?
..... si / no
Esta embarazada? si / no
Si es asi, fecha de parto _____
Esta amamantando? si / no
Ha llegado la menopausia? si / no
Tiene sintomas? si / no

Paciente/padre

Firma

Date _____

Dentists initials _____



PRISTINE
Family & Implant Dentistry

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida, bajo la portabilidad del seguro médico y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), entiendo que esta información puede y será usada para:

Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de profesionales de la salud que pueden ser partícipes en el tratamiento de forma directa e indirecta.

Obtener pagos de terceros pagadores para mis servicios de salud.

Llevar acabo las operaciones normales de atención de salud, como actividades de evaluación mejoramiento.

He sido informado de la Notificación de prácticas de privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida del profesional de la salud. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dicha Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que mi proveedor de atención médica tiene el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y yo puedo contactar a la oficina para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restringe cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y entiendo que usted no está obligado a aceptar mis limitaciones, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con tales restricciones.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Miembros de la familia dependientes también cubiertos por el reconocimiento

Adicional Autoridad Divulgación:

Nombre: _____ Relación: _____



ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

Términos de Pago:

1. Opción de Pago: Ofrecemos la opción de pagar en dos pagos para las coronas, puentes y dentaduras. Le pedimos que paguen por lo menos la mitad de su copago en su primera cita y la segunda parte en la próxima cita. Implantes requieren pago completo el día de la cirugía.
2. Care Credit: Les ofrecemos a nuestros pacientes, que han sido aprobados, un programa financiero sin pago inicial. Care Credit provee varias opciones de pago que pueden ser adaptadas a sus necesidades individuales sin multa de pago anticipado.

PAGOS SE REQUIEREN EN COMPLETO AL TIEMPO DEL SERVICIO

Para mantener las operaciones de la práctica y para evitar malentendidos, pedimos que nuestros pacientes acepten y adherían a estos acuerdos financieros con respecto a su tratamiento dental. Aceptamos efectivo, cheque, y tarjeta de crédito.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____