



Bienvenido

Gracias por elegir nosotros.

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consítenos, con gusto lo ayudaremos.

Get Special Offers

Email: _____

Facebook: _____

Twitter: _____

We'll share special offers with you.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Patient Number _____

Nombre _____ Fecha _____

No. de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Correo electrónico _____ Teléfono particular _____

Marque el cuadro correspondiente: ☐ Menor ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial

Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Cónyuge o nombre del padre a tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____

Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el Paciente _____

Dirección _____ Teléfono particular _____

Correo electrónico _____ Cell Phone _____

No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____

¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? ☐ Si ☐ No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:

☐ Efectivo ☐ Cheque personal ☐ Tarjeta de crédito ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Dirección del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/NO. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.O. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

¿De cuánto es su deducible? ☐ Si ☐ No SI LA RESPUESTA ES SI, LENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Dirección del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/NO. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.O. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____		No. de teléfono de la consulta _____		Fecha de exam _____	
		Si	No		
1. ¿Se encuentra ahora bajo iratamiento?	☐	☐			
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años?	☐	☐			
Si la respuesta es si, explique _____					
3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica?	☐	☐			
Si la respuesta es si, ¿qué medicamentos(s) está tomando? _____					
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?	☐	☐			
5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algun medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos?	☐	☐			
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis or Levitra en las últimas 24 hours?	☐	☐			
7. ¿Consume tabaco?	☐	☐			
8. ¿Usa sustancias controladas?	☐	☐			
9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?					
	Si	No		Si	No
Hipertensión Arterial	☐	☐	Cardiopatia	☐	☐
Ataque Cardiaco	☐	☐	Marcapasos Cardiaco	☐	☐
Fiebre Reumática	☐	☐	Soplo Cardiaco	☐	☐
Hinchazón de Tobillos	☐	☐	Angina	☐	☐
Desmayo/Ataques	☐	☐	Cansancio Frecuente	☐	☐
Asma	☐	☐	Anemia	☐	☐
Presión Arterial Baja	☐	☐	Enfisema	☐	☐
Epilepsia/Convulsiones	☐	☐	Cáncer	☐	☐
Leucemia	☐	☐	Artritis	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Implante o Reemplazo de Articulaciones	☐	☐
Enfermedad Renal	☐	☐	Hepatitis/Ictericia	☐	☐
SIDA o Infección de VIH	☐	☐	Enfermedades de transmisión sexual	☐	☐
Problema de Tiroides	☐	☐	Problemas Estomacales/	☐	☐
				Si	No
			10. ¿Usa sustancias controladas?	☐	☐
			11. ¿Es alérgico a o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?	☐	☐
			Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina)	☐	☐
			Penicilina o cualquier otro antibiótico	☐	☐
			Medicamentos con Sulfa	☐	☐
			Barbitúricos	☐	☐
			Sedantes	☐	☐
			Yodo	☐	☐
			Aspirina	☐	☐
			Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.)	☐	☐
			Látex/Goma	☐	☐
			Otros _____	☐	☐
			12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una engermedad comocida (que hay durado más de 3 semanas)?	☐	☐
			13. Sólo Mujeres:		
			¿Está actualmente embarazada o cree que pudea estarlo?	☐	☐
			¿Está amamantando?	☐	☐
			¿Está tomando anticonceptivos orales?	☐	☐
				Si	No
			Dolor en el pecho	☐	☐
			Quedar Fácilmente sin Aliento	☐	☐
			Derame Cerebral	☐	☐
			Fiebre del Heno/Alergias	☐	☐
			Tuberculosis	☐	☐
			Radioterapia	☐	☐
			Glaucoma	☐	☐
			Pérdida de Peso Reciente	☐	☐
			Enfermedad Hepática	☐	☐
			Problemas al Corazón	☐	☐
			Problemas Respiratorios	☐	☐
			Prolapso de la Válvula Mitral	☐	☐
			Otros _____	☐	☐

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____		Fecha de exam _____	
		Si	No
1. ¿Sangran sus encias mientras se cepila o usa la seda dental?	☐	☐	
2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o liquidos calientes o frios?	☐	☐	
3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o liquidos dulces o amargos?	☐	☐	
4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes?	☐	☐	
5. ¿Tine alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?	☐	☐	
6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandibula?	☐	☐	
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandibula?	☐	☐	
Chasquido	☐	☐	
Dolor (articulación, oído, costado de la cara)	☐	☐	
Dificultad para abrirla o cerrarla	☐	☐	
Dificultad para mascar	☐	☐	
8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	☐	☐	
9. ¿Aprieta o rechina los dientes?	☐	☐	
10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia?	☐	☐	
11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?	☐	☐	
12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción?	☐	☐	
13. ¿Ha tenido algún tratamiento de orlodonica?	☐	☐	
14. ¿Usa prótesis totales or parciales?	☐	☐	
If yes, date of placement _____			
15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidad de sus dientes y encias?	☐	☐	
16. ¿Le gusata su sonrisa?	☐	☐	

Authorization and Release

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentista los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía que mi compañía de seguros dental puede

X _____
Signature of (or parent/guardian if minor)

Comentarios del médico _____

Firma _____ Fecha _____

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

* USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA CONFIRMACIÓN

Yo _____, he recibido una copia
de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en tera de impreña

Firma

Date

Dr. Siddharth Bansal

Para uso del consultorio solamente

Dr. Sumedha Mohindra

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- ☐ El individuo rehusó firmar
- ☐ Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- ☐ Otras (Especifique por favor) _____