

# Bienvenido

Gracias por confiar en nosotros para su cuidado dental. Le prometemos hacer lo mejor para proveerle el tratamiento mas fino disponible.

## Informacio De Paciente

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha De Nac \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Num Seguro Social \_\_\_\_\_  
Numero De Telefono (casa) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Como Preferie ser contactado? Texto Llamado E-mail  
Prefiere sus citas en la (círculo todo lo que corresponda) Manana Medio Dia Tarde  
Como conosio de la oficina? \_\_\_\_\_  
SEXO  M  F  Casado  Viudo  Menor  
E-mail \_\_\_\_\_ Numero De Celular #2 \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono del Empleador \_\_\_\_\_  
Dirreccion del empleo \_\_\_\_\_  
Esposa/o \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Nombres de sus hijos o familiares que viven en casa \_\_\_\_\_  
A Quien podemos agradecer por conocernos? \_\_\_\_\_  
Persona de contactar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ # De telefono \_\_\_\_\_

## Persona Responsable Por Las Finanzas En Esta Cuenta

Nombre De Persona Responsable \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia # \_\_\_\_\_ Fecha De Nac \_\_\_\_\_ #De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono del Empleador \_\_\_\_\_  
Es Paciente de nuestro consultorio? SI NO E-mail \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_

## Seguro Dental

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha De Nac \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ # De identificacion \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono del Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre de Seguro \_\_\_\_\_ Numero De Tel# \_\_\_\_\_  
Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Por favor indique si usted está cubierto por algun seguro adicional. Si No  
Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ # De identificacion \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Numero De Tel# \_\_\_\_\_

## Historia Dental

La Rason por su Visita \_\_\_\_\_  
Estás adolorido? (Si es así, describa) \_\_\_\_\_  
Dentista anterior \_\_\_\_\_ fecha de su ultimo examen dental \_\_\_\_\_  
Por qué estás con un nuevo dentista hoy \_\_\_\_\_  
Cualquier preocupación que le gustaría compartir con nosotros? \_\_\_\_\_  
Por favor (circule) lo que le aplica a usted:

<i>Mal Aliento</i>	<b>Si / No</b>	<i>Moliendo Los Dientes</i>	<b>Si / No</b>	<i>Sensitividad a lo frio</i>	<b>Si / No</b>
<i>Sangramiento de las encias</i>	<b>Si / No</b>	<i>Dientes flojos rellenos quebrados</i>	<b>Si / No</b>	<i>Sensitividad a lo dulce</i>	<b>Si / No</b>
<i>Tronar de la quijada</i>	<b>Si / No</b>	<i>Tratamiento Dental</i>	<b>Si / No</b>	<i>Sensitividad al morder</i>	<b>Si / No</b>
<i>Coleccion de comida entre los dientes</i>	<b>Si / No</b>	<i>Sensitividad a lo caliente</i>	<b>Si / No</b>	<i>leciones en la boca</i>	<b>Si / No</b>
<i>Usted usa el hilo dental</i>		<i>Cada cuando se sepilla los dientes?</i>		<i>Le sangran las encias?</i>	<b>Si / No</b>

## Historia Medica

Nombre de Doctor \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_

A tomado usted alguno de estos medicamentos conosidos como "Fen-Phen"? **Si / No**

Esto incuye Lonimin, Adipex, Fastin (brand names of Phentermine), Pondimin fenfluramine) y Redux (dexfenfluramine).

Usted a tenido una operacion seria? **Si / No** Esplique si indico que si \_\_\_\_\_

Usted a tenido una transfucion de sangre? **Si / No** Fechas si indico que si \_\_\_\_\_

Usted a tenido historia de Endocarditis **Si / No** Indique fecha \_\_\_\_\_

Usa remedies naturales de hierbas? **Si / No** Describa \_\_\_\_\_

Usted toma una aspirina diaria? **Si / No**

### (Mujeres)

Esta Embarazada? **Si / No** Amamantando? **Si / No** Tomado anticonceptivos? **Si / No**

Por favor (**circule**) lo que le aplica a usted:

<i>Anemia</i>	<b>Si / No</b>	<i>Lecion conjenital del Corazon</i>	<b>Si / No</b>	<i>Fiebre scarlet</i>	<b>Si / No</b>
<i>Hepatitis Tipo _____</i>	<b>Si / No</b>	<i>Arthritis, Rheumatismo</i>	<b>Si / No</b>	<i>Tratamiento de cortizona</i>	<b>Si / No</b>
<i>Reparacion de hernia</i>	<b>Si / No</b>	<i>Corto de respiracion</i>	<b>Si / No</b>	<i>Valvula artificial de Corazon</i>	<b>Si / No</b>
<i>Tos presistente</i>	<b>Si / No</b>	<i>Presion alta/baja</i>	<b>Si / No</b>	<i>Salpullido de la piel</i>	<b>Si / No</b>
<i>Juntaduras artificiales.</i>	<b>Si / No</b>	<i>Sangra al toser</i>	<b>Si / No</b>	<i>HIV/SIDA</i>	<b>Si / No</b>
<i>Embolia</i>	<b>Si / No</b>	<i>Diabetis</i>	<b>Si / No</b>	<i>Dolor en la Quijada</i>	<b>Si / No</b>
<i>Asthma</i>	<b>Si / No</b>	<i>Enfer. de los rinones</i>	<b>Si / No</b>	<i>Inchado de pies o tovillos</i>	<b>Si / No</b>
<i>Problemas de la espalda</i>	<b>Si / No</b>	<i>Epilepsia</i>	<b>Si / No</b>	<i>Tiroides</i>	<b>Si / No</b>
<i>Enfermedad de el higado</i>	<b>Si / No</b>	<i>Sangramiento abnormal</i>	<b>Si / No</b>	<i>Desmallos</i>	<b>Si / No</b>
<i>Habito de tabaco o fumar</i>	<b>Si / No</b>	<i>Enfermedad de la sangre</i>	<b>Si / No</b>	<i>Valvula mitral</i>	<b>Si / No</b>
<i>Glaucoma</i>	<b>Si / No</b>	<i>Tonsillitis</i>	<b>Si / No</b>	<i>Dolor de cabeza</i>	<b>Si / No</b>
<i>Cancer Tipo _____</i>	<b>Si / No</b>	<i>Marca pasos</i>	<b>Si / No</b>	<i>Tuberculosis</i>	<b>Si / No</b>
<i>Dependencia a las drogas</i>	<b>Si / No</b>	<i>Murmulos en el corazon</i>	<b>Si / No</b>	<i>Tratamiento de radiacion</i>	<b>Si / No</b>
<i>Enfermedad respiratoria</i>	<b>Si / No</b>	<i>Problemas de el corazon</i>	<b>Si / No</b>	<i>Ulcera</i>	<b>Si / No</b>
<i>Enfermedad veneria</i>	<b>Si / No</b>	<i>Chemoterapia</i>	<b>Si / No</b>	<i>Problemas de la circulacion</i>	<b>Si / No</b>
<i>Fiebre reumatica</i>	<b>Si / No</b>	<i>Hemophilia</i>	<b>Si / No</b>	<i>Lupus</i>	<b>Si / No</b>
<i>Enfermedad de Alzheimer</i>	<b>Si / No</b>	<i>Deficiencia de aprendizaje</i>	<b>Si / No</b>	<i>Enfermedad de Asperger</i>	<b>Si / No</b>
<i>Fibromyagia</i>	<b>Si / No</b>				

Indique los medicamento que esta tomado :

Otro

Allergias:

Latex

Codeine

Local Anesthetic

Other \_\_\_\_\_

Sulfa

Iodine

Penicillin

Other \_\_\_\_\_

Con el mejor de mi conosimiento toda la informacion arriba esta completa y corecta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si yo, mi hijo/a tiene un cambio en su salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, guardian legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del paciente, guardian legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

For office use only

Date reviewed \_\_\_\_\_

Dr Signature \_\_\_\_\_

## **Autorizacion y Relevo (Requerido)**

Según entiendo la información anterior es completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor, tiene un cambio en la salud.

Certifico que yo y / o mis dependientes Tienen cobertura de seguro con \_\_\_\_\_  
Nombre de Seguro

y asignar directamente a Bright Smile Dentistry todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagaderos a mi por servicios rendido. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El dentista arriba mencionado puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información al seguro arriba mencionado y sus agentes con el fin de obtener el pago por servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagar por servicios relacionado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Opciones De Pago (Requerido)**

*Para mantener el costo de los tratamientos bajos y continuar a proveer cuidado con calidad para nuestros pacientes , haora aceptamos solo pagos completos el dia de su tratamiento. Aceptamos pagos de su aseguranza y procesamos cobros a su seguro como cortecia para todos nuestros pacientes, por favor anote el seguro dental nunca es un pago garantizado nosotros intentamos obtener el estimado de su porcio y informarle antes de cualquier tratamiento para obtener su permiso. Le pedimos que nos indique cual es su forma de pago para su tratamiento hoy.*

*Tomamos orgullo en siempre informarle de cualquier costo que pueda adquirir antes de empesar su tratamiento y siempre obtener su consentimiento para rendirle servicios. Nosotros cobrabos un cargo de \$25.00 dolares por cualquier cheque regresado por su banco, si el cheque no es pagado en el plazo de 7 dias, accion legal pueda ser usada para colectar cualquier cantidad, y usted sera responsable por todos los cargos incuridos. **Iniciales** \_\_\_\_\_*

*Por Favor (✓) la opcion (es) mas conveniente para pagar su cuenta hoy en completo..*

- Efectivo/ Cheque**
- Visa /MasterCard**
- Financiamiento a traves de Financing (con el credito aprobado, necesita hacer una solicitud)**  
Pagos bajos mensuales o pagos sin interes.

**Areglos de pago puedan ser ofrecidos y tratamos de siempre aydar a nuestros pacientes con su porcion. Cada tratamiento sera revisado individualmente.**

### **Practicas de Privacidad**

- Yo confirmo que se me a dado la oportunidad de revisar la copia de las noticias de privacidad NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.(HIPAA) Y entiendo que la oficina proveera actualize que cualquier cambio en estas leyes. **Iniciales** \_\_\_\_\_
- Yo confirmo que se me a dado la oportunidad de revisar la copia de las leyes de cuidado de materiales Material Safety Data Sheet (MSDS). **Iniciales** \_\_\_\_\_
- Yo le otorgo a Comfort Dental Consentimiento de usar mi foto para uso de la oficina o en publicaciones en el internet para proposito de enseñar o promocion. **Iniciales** \_\_\_\_\_

### **Guia De Citas**

*Nosotros le pedimos a todos nuestros pacientes que nos den 24 horas de noticia para cancelar cambiar una cita. Esto nos dara suficiente tiempo para informarle a otro paciente de la disponibilidad en el horario de la doctor. Gracias por su coperacion. Nosotros entendemos que suceden emergencias pro favor de informarnos lo mas pronto possible para cambiar su cita.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha