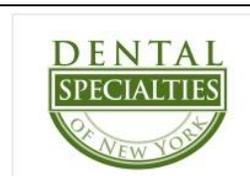


Información del paciente



Fecha _____

Nombre del paciente:

(Apellido) _____ (Primer Nombre) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero Casado Niño Otro

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes? Por favor marque aquellas que se aplican:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO EXCESIVO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIACA | <input type="checkbox"/> ICTERICISA |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNOS MENTALES | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE | <input type="checkbox"/> SINOCITIS |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS | RADIACIÓN | <input type="checkbox"/> MAREOS |
| <input type="checkbox"/> DESMAYO | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNOS NERVIOSOS | <input type="checkbox"/> SOPLO DE CORAZÓN | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESTÓMAGO |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA |
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA | RESPIRATORIOS | <input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> ÚLCERAS |
| <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> TUMORES |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE DEL HENO | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE SANGRE | <input type="checkbox"/> ALERGIA CODEINA |
| <input type="checkbox"/> EMBARAZO | <input type="checkbox"/> HIPERTENSION | <input type="checkbox"/> ALERGIA ALA PENICILINA |
| CUANTOS MESES? _____ | REUMATISMO | |
| <input type="checkbox"/> LESION EN LA CABEZA | <input type="checkbox"/> OTRO _____ | |

• ¿Ha tenido complicaciones después del tratamiento dental? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿Ha sido ingresado en el hospital o la atención necesaria emergentes durante los últimos dos años?

Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿Tiene usted algún problema de salud que requieren clarificación medica? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

X _____
Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Información de Referencia

A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica?

Nombre de la oficina que quien lo refirió a nuestra práctica: _____

Teléfono _____

INFORMACION DE SU PÓLIZA DE SEGURO DENTAL

Seguro Primario:

Nombre del Seguro: _____ Numero De Identificación _____

Nombre del asegurado : (Primero) _____ (Apellido) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación del paciente con el asegurado: Sí mismo Esposo Niño Otro

Seguro Secundario:

Nombre del Seguro: _____ Numero De Identificación _____

Nombre del asegurado : (Primero) _____ (Apellido) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación del paciente con el asegurado: Sí mismo Esposo Niño Otro

Yo entiendo mis derechos descritos en la notificación en relación con el uso o la divulgación de mi información protegida de salud.

Nombre del paciente (impreso)

Firma del paciente

Representante del paciente

El nombre de la firma

Relación del representante con el paciente

Fecha

Consentimiento de servicios:

Como condición para su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros debe hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en el cuidado y la responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinado antes del tratamiento.

Todos los de emergencia o cualquier otro servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben ser pagados cuando los servicios realizados.

En contraprestación por los servicios profesionales prestados a mí, o a petición mía, por el Doctor, estoy de acuerdo en pagar por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a las dijo el doctor, o su cesionario, en el momento en que se prestan los servicios, o dentro de los cinco (5) días de facturación si el crédito podrá ser prorrogado. También estoy de acuerdo que el valor razonable de dichos servicios serán facturados a menos que se opusieron a por mí, por escrito, dentro del plazo para el pago de los mismos. También estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condición aquí bajo, no constituirá una renuncia a cualquier término o condición adicional y me comprometo a pagar todos los gastos y honorarios razonables de abogados que adaptarse a ser instituido aquí bajo. Yo doy mi permiso para que usted o su cesionario, a llamarme por teléfono en casa o en mi trabajo para tratar asuntos de esta forma. He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y de acuerdo con su contenido.

X _____
Firma del paciente, padre o tutor

Relación al paciente

Fecha