



Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Numero de Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: M F

Nombre de su empleador y numero de teléfono (necesario):

Padre o Tutor (Si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Numero de Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Numero de Seguro Social: _____

Información del Seguro (No Tiene Seguro? Escriba PROPIO)

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador (Nombre y Dirección):

Compañía del Seguro: _____

Numero del Grupo: _____

Póliza, Unión o # de Local: _____

Numero de telefono del Seguro: _____

Como escuchó de Nuestra Oficina?

Como fue referido a nuestra oficina dental? _____ Por una amiga (o), ¿Quien?

Historia dental:

Fecha de la última visita al dentista: _____ Nombre del Dentista:

Razón por la visita de hoy: _____

¿Tiene usted alguna pregunta para el Doctor?

¿Usted tiene problema con lo siguiente? (Circular todo lo que aplique.)

Mal Aliento	Sangran las Encias	Sensibilidad a lo frío/caliente	Rechina los dientes
Dientes Flojos	Sensibilidad a lo Dulce	Heridas en la boca	Apariencia Fea
Quijada truena	Dentaduras Flojas	Boca reseca	Dientes Manchados

Historia Medica

Fecha de su última visita al Doctor: _____ Nombre del Doctor: _____

Número de Teléfono del Doctor: _____ (Mujeres) ¿Está Embarazada?: _____

¿Ha Tenido Alguna Cirugía? (¿Por qué? Y¿Cuándo?):

¿Ha Tenido Alguno de lo Siguiete? (Circule todo lo que aplique.)

Anemia	Artritis	Reumatismo	Válvula
Artificial	Prótesis Articularles	Asma	Problemas de Espalda
Hemorragia Abdominal		Enfermedad de sangre	Cáncer
Dependencia Química		Quimioterapia	Problemas Circulatorios
CHD	Tratamiento de Cortison	Tos Persistente	Tos con Sangre
Diabetes	Epilepsia	Desmayos	Enfermedad del Hígado
Glaucoma	Dolores de Cabeza	Soplo de Corazón	Problemas de Corazón
Hemofilia	Hepatitis	Hernia	Presión Arterial Alta
HIV/Sida	Dolor de Quijada	Enfermedad de Riñón	Tumores
Problema de válvula		Marcapasos	Hábito de Tabaco
Tratamiento de Radiación		Fiebre Reumática	Escarlatina
Falta de Aliento		Irritación de la Piel	Ataque Cerebral
Hinchazón de Pies		Problema de Tiroides	Leucemia
Enfermedad Respiratoria		Ataque de Corazón	Tratamiento Psiquiátrico
Enfermedad Vanearía			

Indiqué todos los medicamentos que está tomando: _____

Indique cualquier alergia que pueda tener o tiene: _____



Autorización

He completado la información a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar al dentista cualquier cambio que pueda haber sobre mi salud o la salud de mi hijo(a). Todo tratamiento será explicado antes de que se haga y será hecho solamente después de que yo del consentimiento al tratamiento. Yo autorizo al doctor y a sus empleados (bajo la supervisión del dentista y dentro las leyes permitidas) que haga cualquier tratamiento que se trate de proveer el tratamiento dental apropiado.

Paciente (o padre del paciente): _____

Fecha: _____

Cuenta

Usted es completamente responsable por el pago sobre cualquier servicio dental. Si tiene seguro dental, nosotros haremos lo mejor para explicarle lo que está cubierto por su seguro y por lo que usted sería responsable. Usted es responsable por cualquier servicio que el seguro no honore. Nuestros planes de tratamiento son solamente un estimado de lo que su seguro pueda cubrir. Usted podría ser contactado en el futuro en relación a citas o avisos promocionales. Su información podría ser pasada a una tercera agencia en relación de coleccionar pago. Firmando abajo usted confirma el conocimiento que ha leído este documento y lo entiende y acepta completamente.

Paciente (o padre del paciente): _____

Fecha: _____



Citas

Se requiere 48 horas de aviso para reprogramar o cancelar una cita. Esto nos dará tiempo para ofrecer la cita nuevamente a disposición de otros pacientes. Entendemos que pueda tener circunstancias de emergencia y solo pedimos que por favor respeten el tiempo que hemos reservado para usted. Un cargo de \$50 será aplicado a su cuenta por falta de 48 horas de aviso o si usted no se presenta a la cita.

Nuestra política sobre cancelaciones es firme y no vamos a tolerar cancelaciones frecuentes o constantes cambios sin el propio aviso. Hacemos todo lo posible para recibir nuestros pacientes a tiempo y pedimos la misma cortesía de nuestros pacientes de llegar a tiempo para su cita. Si tres citas cancelados/perdidas, o tres cancelaciones se producen sin noticia de 48 horas, nuestra oficina reserva el derecho de no ofrecer citas en el futuro. Además, si usted llega 15 minutos tarde a su cita, se le puede pedir reprogramar a la próxima cita disponible.

Paciente (o padre del paciente): _____

Fecha: _____



Yo doy a Elite Dentistry, los empleados de Elite Dentistry, el derecho y permiso para usar y/o publicar fotografías de mi para el arte y los propósitos promocionales (incluyendo, pero no limitado a, publicidad, comercial o de visualización). Además, libero y descargo Elite Dentistry y todas las personas que trabajan bajo el permiso o autoridad, de toda obligación con respecto a reclamos o demandas sobre la alteración de imagen(s), borrosidad de imagen(s), difamación, la invasión de la privacidad o cualquier reclamo sobre la producción, grabación o publicación de los materiales.

Paciente (o padre del paciente): _____

Fecha: _____