

Datos Del Paciente

PACIENTE

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono () _____
Celular () _____
Se puede mandar textos de recordatorio? SI No
Correo electrónico _____
N.º de Seg. Social _____
N.º de lic. De conducir _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____

PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono () _____
N.º de Seg. Social. _____
N.º de lic. _____
Parentesco con el paciente _____
Edad _____ Fecha de nac. _____

SEGURO / PLAN DENTAL

Primario

Nombre del plan _____
N.º De Identificación _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ cód. Postal _____
N.º telefónico del plan/seguro _____
Empleador _____
Sindicato/Local Grupo N.º Plan N.º _____
Nombre del asegurado _____
N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

Secundario

Nombre del plan _____
Dirección _____
Ciudad _____ cód. Postal _____
N.º telefónico del plan/seguro _____
Empleador _____
Sindicato/Local Grupo N.º Plan N.º _____
Nombre del asegurado _____
N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____
Tel. () _____ Relacion _____

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o del paciente
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL N.º DE REGISTRO _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? Sí NO Si es sí, especifique: _____
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? _____
5. ¿Terminó el tratamiento? _____ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? _____
7. ¿Se hizo una limpieza? Sí NO 8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? Sí NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? Sí NO Si es sí, especifique: _____
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? Sí NO Si es sí, especifique: _____
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clics", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? Sí NO Si es sí, especifique: _____
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? Sí NO Si es sí, especifique: _____
13. ¿Le sangran fácilmente las encías? Sí NO 14. ¿Siente que tiene mal aliento? Sí NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? Sí NO 16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos? Sí NO
17. ¿Le agrada su sonrisa? Sí NO Si es no, explique: _____

HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento? Sí NO Si es sí, especifique: _____
Nombre del médico: _____ Tel. del médico: () _____
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? Sí NO Si es sí, especifique: _____
4. (Mujeres) ¿Está embarazada? Sí NO Si es sí, especifique de cuántos meses: _____ ¿Está amamantando? Sí NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: _____
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades? _____

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	HEPATITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SIDA/VIH+	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANEMIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ICTERICIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANGINAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ARTRITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD RENAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ASMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ALERGIA AL LÁTEX	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS HEPÁTICOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
HEMORRAGIAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CÁNCER	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD PULMONAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
QUIMIO/RADIOTERAPIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	MARCAPASOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CIRUGÍA ESTÉTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DIABETES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	FIEBRE REUMÁTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
MAREOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ADICCIÓN A DROGAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	LA APNEA DEL SUEÑO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ENFISEMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TABAQUISMO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
EPILEPSIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DERRAME CEREBRAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DESMAYOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROB. DE TIROIDES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
GLAUCOMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	_____
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TEMPOROMAXILAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TUBERCULOSIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
		ENFERMEDAD VENÉREA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico _____

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
2. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
3. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____



Matilde E. Facet, D.D.S.
Cosmetic & General Dentistry
11161 New Hampshire Ave Suite 205
Silver Spring, MD 20904
O-301-593-5477 Fax-301-593-5472
drfacet@verizon.net

Pagos

Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales / de empresa, giros postales (money order), MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Iniciales _____

Seguro

Si tiene seguro, estaremos encantados de presentar su reclamo como cortesía. Sin embargo, usted será responsable de su deducible y cualquier copago al momento del servicio. Nuestro software de computadora calcula lo que debe cubrir su seguro y calcula cuál debe ser su parte de "bolsillo". ESTO ES SOLO UN ESTIMADO y es posible que su seguro cubra menos de lo estimado. Si esto sucediera, el saldo restante será su responsabilidad de pagar.

Iniciales _____

Cuentas morosas

Consideraremos una cuenta morosa cuando el saldo no se pague en 60 días sin un acuerdo financiero establecido o en cuentas con acuerdos financieros que hayan incumplido el acuerdo financiero acordado. Los pacientes que tienen sus cuentas morosas ya no serán considerados activos en la práctica dental y solo serán atendidos en efectivo una vez que se haya resuelto el saldo.

Iniciales _____

Publicaciones de registros médicos

Solo compartiremos su información médica / personal cuando sea pertinente con otros profesionales dentales o médicos con los que estamos derivando atención si es necesario. Esta información también se usará solo cuando sea necesario cuando presente reclamos de seguro en su nombre. Solo divulgaremos radiografías y registros una vez que el paciente haya firmado el formulario de divulgación.

Iniciales _____



Matilde E. Facet, D.D.S.
Cosmetic & General Dentistry
11161 New Hampshire Ave Suite 205
Silver Spring, MD 20904
O-301-593-5477 Fax-301-593-5472
drfacet@verizon.net

Términos de cancelaciones de citas

Nos esforzamos por brindar un excelente cuidado dental a usted y al resto de nuestros pacientes. Tenemos una póliza de cancelación de citas, que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando una cita está programada, ese tiempo se ha reservado para usted y cuando se pierde, ese tiempo no puede usarse para tratar a otro paciente. Nuestra póliza es la siguiente: Requerimos que usted dé a nuestra oficina un aviso de **48 horas** en caso de que tenga que reprogramar o cancelar su cita. Esto permite que otros pacientes sean programados en esa cita. Si olvida una cita sin ponerse en contacto con nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida. Se le cobrará un cargo de **\$ 40** para cita regular y **\$80** para citas largas. No se pueden programar citas futuras ni transferir archivos/radiografías sin el pago de esta cuota. Si necesita una aclaración, por favor avísele a una de nuestra recepcionista.

E leído y entiendo la póliza de cancelación de citas de la práctica y estoy de acuerdo con sus términos.

Yo, _____ (nombre de paciente), he recibido una copia de la Política de cancelación de citas.

Firma del paciente

Fecha