

Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy _____ Fecha de la última consulta odontológica _____

Dentista anterior _____ Fecha de la última radiografía odontológica _____

Domicilio _____

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o crujido mandibular | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Llagas o protuberancias en la boca |

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historial médico

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación? Sí No Si respondió sí, describa _____

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre? Sí No Si respondió sí, indique fechas aproximadas _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamantando? Sí No ¿Tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones |
| <input type="checkbox"/> Problemas lumbares | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:

ALERGIAS

Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con _____ y cedemos directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.



Política de cancelación:

Nuestra principal preocupación es la salud dental de nuestros pacientes. Brindar servicios de manera oportuna es fundamental para lograr ese objetivo. Nuestro otro objetivo es mantener el costo de nuestros servicios dentales lo más económico posible. La cita que programó está reservada para usted y su tratamiento únicamente. Cuando no cumple con su cita sin avisarnos adecuadamente, agrega el costo total de la atención como instalaciones profesionales y dentales capacitadas que no se están utilizando.

Política y tarifas:

Si no puede cumplir con su cita programada, denos 48 horas para darnos el tiempo de llenar nuestro horario con otros pacientes que pueden estar esperando una cita.

Si se avisa con menos de 48 horas de anticipación, se espera que pague la tarifa de cancelación de la cita de \$ 50.00

Si no se presenta para una cita, se le cobrará una tarifa de \$ 50.00 por falta de notificación.

La tarifa de la política de cancelación no está cubierta por su seguro. Será su responsabilidad pagar esta tarifa.

Si la cita perdida se convierte en una repetición, cualquier cita futura que haga tendrá que esperar una hora o más.

Como cortesía para usted, haremos todo lo posible para confirmar su cita reservada. Por favor, no considere nuestra responsabilidad hacerlo. Si nuestros intentos no tienen éxito, es su responsabilidad cumplir con su cita reservada o comunicarse con nosotros con 48 horas de anticipación para reprogramar o cancelar su cita.

Agradecemos a todos nuestros pacientes la comprensión y consideración con respecto a nuestra política de cancelación. Si tiene alguna pregunta o inquietud; por favor no dude en consultarnos.

He leído la política de cancelación y entiendo la información mencionada anteriormente.

Nombre: _____.

Firmar: _____.

Fecha: _____.