

(POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS)

Paciente No.

Nombre del paciente _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección _____
Calle Dpto. Ciudad Estado Codigo Postal

Licencia de Conducir No. _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes / Dia / Año

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Celular _____

E-Mail _____ Sexo (M/F) _____ Estado Civil _____

Seguro Social No _____ Empleador _____ Ocupación _____

Persona responsable por el paciente _____ Teléfono _____

SEGURO: Si / No Compañía de Seguro _____ Nombre del asegurado: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Relación con paciente _____
Mes Dia Año

Como fue referido a nuestra oficina? _____

HISTORIA MEDICA

- | | |
|---|--|
| <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Goza usted de buena salud?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usted ha tenido alguna enfermedad u operación seria?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene las válvulas del corazón artificiales o danadas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sufre de alguna enfermedad del corazón?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sufre de presión alta?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene sangramiento anormal?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sufre de Trombosis?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene alergia a alguna droga o medicina?
 Explique _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene problemas de sinusitis?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sufre de asma?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sufre de desmayos o convulsiones?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sufre de diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene SIDA o HIV?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene problemas con la tiroides?</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene problema con los riñones?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene tuberculosis?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene alguna enfermedad transmitida sexualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene problemas mentales o nerviosos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene cáncer? Explique _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene tratamientos de radiación por cáncer?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con algun tratamiento dental?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Es alérgico a la penicilina o codeina?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada o dando de lactar?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está tomando pastillas anticonceptivas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene algún otro problema de salud?
 Explique _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre las drogas o medicinas que este tomando
 _____</p> |
|---|--|

Nombre y telefono de su farmacia _____

EN CASO DE EMERGENCIA

POR FAVOR NOTIFICAR A _____
Nombre Teléfono Relación

REPRESENTACIONES

1. DOY FE QUE LA INFORMACION QUE HE DADO (INCLUYENDO MI HISTORIAL MEDICO) ES CORRECTA HASTA DONDE MIS CONOCIMIENTOS LO PERMITEN, QUE SERA CONFIDENCIAL Y QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A ESTA OFICINA CUALQUIER CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA.
2. AUTORIZO A ESTA OFICINA VERIFICAR MI ESTADO DE CREDITO AL IGUAL QUE EL DE MI CONYUGUE ANTES DE CUALQUIER CONVERSACION SOBRE PLANES DE PAGO POR EL TRATAMIENTO A DISCRECION DE ESTA OFICINA Y EL USO DE UNO O MAS REPORTES DE CREDITO.
3. SI ESTA OFICINA ACEPTA MI SEGURO DENTAL, AUTORIZO QUE LOS PAGOS SE HAGAN DIRECTAMENTE A ESTA OFICINA O SI LOS PAGOS ME SON ENVIADOS, ENVIARE DICHOS PAGOS A ESTA OFICINA, ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSIBLE DE LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS OTORGADOS Y POR LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES QUE EL SEGURO NO CUBRA.
4. SI SE TUVIERA QUE ACUDIR A RECURSOS LEGALES PARA EL COBRO DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS, YO ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE LOS HONORARIOS DEL LOS ABOGADOS Y TODOS OS GASTOS QUE ESTO OCASIONE, ENTIENDO TAMBIEN QUE HABRA UN CARGO DE 1.5% POR MES SOBRE EL BALANCE (o el máximo autorizado por la ley).
5. YO CONSIENTO Y AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DENTAL.

FIRMA DEL PACIENTE (FIRMA DEL PADRE O MADRE SI ES MENOR)

FECHA

Wohlstein DENTAL GROUP

2925 Aventura Blvd. Suite 203
Aventura, FL 33180
305-931-5626

Su historia medica incluye alguna de estas condiciones?

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goza usted de buena salud?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su salud ha cambiado en el último Año? Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El nombre y el teléfono de mi doctor es _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ha tenido alguna enfermedad u operación seria?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene las válvulas del corazón artificiales o danadas o fiebre reumática?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de alguna enfermedad del corazón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de presión alta o baja? Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene sangramiento anormal?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de Trombosis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas circulatorios?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alergia a alguna droga o medicina? Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene Dolores de pecho?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas de sinusitis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de asma?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de desmayos o convulsiones?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de diabetes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado? Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene SIDA o HIV?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas con la tiroides?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problema con los riñones?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene tuberculosis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alguna enfermedad transmitida sexualmente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas neurológicos, epilepsia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas mentales o nerviosos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene cáncer? Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene tratamientos de radiación por cáncer?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido problemas con con algun tratamiento dental?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a la penicilina, critomicina o codeine?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está embarazada o dando de lactar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está tomando pastillas anticonceptivas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún otro problema de salud? Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre las drogas o medicinas que este tomando _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y teléfono de su farmacia _____

EN CASO DE EMERGENCIA

POR FAVOR NOTIFICAR A _____
Nombre Teléfono

LE LLAMAREMOS PARA CONFIRMAR SU CITA ENTRE LAS 9:00 A.M. Y LAS 3:00 P.M. EL DIA ANTES DE SU CITA. A QUE NUMERO DE TELEFONO LE PODEMOS LLAMAR ENTRE ESAS HORAS? _____
SI NO LO PODEMOS LOCALIZAR POR TELEFONO EN ESTAS HORAS, COMO PODEMOS LOCALIZARLE PARA CONFIRMAR SU CITA? _____

DOCTOR'S NOTES