

Bienvenido a Angel Cuidado Dental!



➤ Por Favor Escriba:

Nombre (s): _____ Apellidos: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado & C.P.: _____

Telefono Celular: _____ Podemos confirmar citas via textos? _____

Telefono Casa: _____ Telefono Trabajo: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Correo Electronico: _____ (Su informacion sera confidencial).

Numero de Seguro Social del paciente : _____ (Solo sera usado para propositos de cobranza).

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Si es menor de edad nombre de padres o guardian legal: _____ Phone: _____

En caso de emergencia a quien desea que notifiquemos?

Nombre: _____ Telefono: _____

Como es que usted escucho de nosotros?

Tarjeta Postal Referido por: _____

Si vio nuestro anuncio en alguna publicacion por favor diganos cual: _____

Si vio nuestro anuncio en la internet diganos en que website: _____

Otra : _____

Informacion de su Seguro Dental. Tiene Seguro Dental? ___ Si ___ No

Si usted tiene seguro dental por favor detalle:

Informacion de su Seguro Dental			
Nombre		Nombre	
Numer de Seguro Social		Numero de Seguro Social	
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Relacion con el asegurado		Relacion con el asegurado	

Bienvenido a Angel Detal Care



Nombre: _____

Cual es su problema especifico el de hoy?: _____

Historia Medica:

Para poder tratarlo con todo cuidado en nuestra oficina, debemos saber su historial medico en detalle. Por favor conteste a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Si esta inseguro de alguna pregunta o como constestarla dejelo saber a su doctor.

- Ha estado usted bajo cuidados medicos alguna vez en los pasados anos Si No
Si es asi por favor explique:
- Esta usted en este momento tomando algun medicamento? Si No
Si asi por favor diganos que medicamentos son:
- Ha mostrado alergias al latex o algun otro medicamento/antibiotico? Si No
Si es asi por favor especifique:
- Por favor dibuje un circio al las siguientes condiciones fisicas que tiene o ha tenido:

Cirugia al corazon, ataque	Y	N	Tuberculosis	Y	N	Funa o usa tabaco	Y	N
Sopio al corazon	Y	N	Problemas de sinusitis	Y	N	Alcoholismo	Y	N
Marcapaso	Y	N	Cancer	Y	N	Desorden alimentico	Y	N
Valvula Artificial	Y	N	Radiation	Y	N	Uso de drogas recreativas	Y	N
Fiebre reumatica	Y	N	Quimoterapia	Y	N	Anemia	Y	N
Paralisis Facial	Y	N	Ulcera	Y	N	Celulas Anomales	Y	N
Coyonturas artificiales	Y	N	Artritis	Y	N	Uso de Fen Phen	Y	N
Alta Presion	Y	N	Alegrias al Polen	Y	N	Medicina para Osteoporosis	Y	N
Diabetes	Y	N	Herpes	Y	N			
Problemas de los rifiones	Y	N	Fuegos bucales	Y	N			
Enfermedes del higado	Y	N	Enfermedades Sexuales	Y	N			
Hepatitis A, B, C	Y	N	HIV/SIDA	Y	N			
Asma	Y	N	Glaucoma	Y	N			
Efisema	Y	N	Ataques	Y	N			
Sinscope / Desmallos	Y	N	Desventajas de nacimiento	Y	N			
Desorden Neurologico	Y	N	Cuidado Psiquiatrico	Y	N			

- Por favor enliste cualquier condicion o enfemedad que tenga o alla tenido que no este en la lista:

Solo para mujeres: Embarazo? S N Cuantos meses? Esta amamantando? S N Toma la pildora? S N

- Sus encias sangran al lavado de dientes o limpiar dentadura con la seda? S N
- Tiene historial de encias enfermas o endodoncias? S N Taila sus dientes? S N

Autorizacion y deslinde legal:

Yo certifico que todas las preguntas anteriores y la informacion provista es verdadera y correcta. Entiendo que proveer informacion incorrecta puede ser peligroso para me salud. Que si hay algun cambio en mi salud, notificare al doctor en mi proxima visita. Ademas certifico, el concentimiento para que se me hagan rayos-x, modelos de estudio, fotografias, examinacion y cuaiquier otro procedimiento que sea ordenado por el doctor para hacer diagnostico. Autorizo al dentista envie mi informacion a terceros por pago y/o otras facilidades medicas.

Firma del paciente o padre: _____ Fecha: _____

Para uso Oficial: BP: _____ Pulse: _____ PM: _____ Medical Alert: _____

Historial medico revisado por el Doctor _____ Fecha _____



Noticia y reconocimiento de privacidad de practicas:

Bajo el acto de Portabilidad y Resposabilidad de Seguros Medicos de 1998. ("HIPAA"), usted tiene ciertos derechos de privacidad sobre mi informacion de su salud. Esta informacion puede y sera usada para:

- Conducir, planear y dirigir tratamiento y segudo ademas por diferentes proveedores de salud que pueden estar envueltos en su tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pago de terceros (compañias de seguros).
- Conducir operaciones normales de salud asi como estudios de calidad y otras certificaciones de su medico.

Usted puede obtener una copia de esta nota visitando la pagina web: <http://www.HonestDentistry.com> o solicitando una copia de nuestro equipo medico. Yo acredito haber recibido copia de la Nota de Privacidad de practicas de Angel Cuidado Dental.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre/guardian/tutor legal)

Reconocimiento de la hoja de hechos de los materiales dentales:

Usted pueded obtener una copia de la hoja de hechos de los materiales del Dental Board of California con la fecha Octubre del 2001 o visitando nuestro sitio web en: <http://www.HonestDentistry.com> o solicitando una de nuestro equipo medico.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre/guardian/tutor legal)

Solo uso oficina:

Nuevo historial medico:

Iniciales:

Fecha:

Comentarios:

Paciente:

Dentista:
