

OFFICE _____
CHART # _____
REFERRAL CODE _____



PVT INS MC PP PLAN
ACCT. TYPE

I. INFORMACION DEL PACIENTE

¿QUÉ LE HIZO REGRESAR A NUESTRA OFICINA? _____
¿HA SIDO ATENDIDO EN OTRA OFICINA DE CDN? _____
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA? _____

SR. _____
SRA. _____
SRITA. _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____
() _____ () _____
TELÉFONO EN CASA _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ MES/DIA/AÑO _____ EDAD _____

NUM. DEL SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE _____
NUMERO DE SU LICENCIA DE MANEJAR _____
OCUPACIÓN _____

FAVOR DE INDICAR
MASCULINO
FEMENINO

TIEMPO EMPLEADO _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DONDE TRABAJA _____
DIRECCIÓN DEL EMPLEO _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____
PADRE O PERSONA RESPONSABLE _____ DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

PARENTESCO AL PACIENTE:
PADRE GUARDIAN LEGAL PADRASTRO OTRO _____

II. INFORMACION DEL SEGURO PADRE/PERSONA RESPONSABLE

ASEGURADO PRINCIPAL

SR. _____
SRA. _____
SRITA. _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

NUM. DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO _____
COMPañÍA DONDE TRABAJA _____
LIC. DE MANEJAR DEL ASEGURADO _____
DIRECCIÓN DEL EMPLEO CIUDAD ESTADO _____

NOMBRE DEL SEGURO _____ TELÉFONO DEL EMPLEO _____ CUANDO COMENZO A TRABAJAR _____

NUMERO DEL PLAN/GRUPO _____ NUMERO DEL LOCAL _____
NUMERO DE POLIZA o MEDI-CAL I.D. _____

III. INFORMACION DEL SEGUNDO SEGURO

(Llene sólo si usted o su cónyuge tiene otro seguro dental)

ASEGURADO SECUNDARIO

SR. _____
SRA. _____
SRITA. _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

NUM. DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO _____
COMPañÍA DONDE TRABAJA _____
LIC. DE MANEJAR DEL ASEGURADO _____
DIRECCIÓN DEL EMPLEO CIUDAD ESTADO _____

NOMBRE DEL SEGURO _____ TELÉFONO DEL EMPLEO _____ CUANDO COMENZO A TRABAJAR _____

NUMERO DEL PLAN/GRUPO _____ NUMERO DEL LOCAL _____
NUMERO DE POLIZA o MEDI-CAL I.D. _____

IV. INFORMACION GENERAL DE SALUD

- ¿Está bajo el cuidado de algún médico ahora? SI NO Favor de explicar _____
Nombre y teléfono de su médico _____
- ¿Tiene alergia a penicilina, codeína, anestesia local, calmantes o cualquier otra droga o medicina? _____
- ¿Está tomando alguna medicina ahora? SI NO Favor de explicar _____
- (Damas) ¿Está embarazada? SI NO ¿Cuántos meses? _____
- Favor de indicar cualquier condición que tiene ahora o ha tenido e indique si es activo o pasivo:

AIDS/ARC	SI	NO	DIABETIS	SI	NO	TUBO DE PASO CARDÍACO	SI	NO	BAJA PRESIÓN	SI	NO
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MURMULLO CARDÍACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SINUSITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALTA PRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PARALISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FUEGOS EN LA BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ATAQUE CARDÍACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DEL HIGADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENERIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Hay otras condiciones que debemos saber? SI NO _____

V. INFORMACION DENTAL

- ¿Por qué está aquí hoy? Chequeo Limpieza Dolor Otro _____
- ¿Cuándo fue la última vez que vió al dentista? _____
- ¿Terminó su tratamiento? _____
- ¿Limpiaron sus dientes? _____
- ¿Cuando fue la ultima vez que le tomaron radiografías dentales? _____
- ¿Ha sangrado prolongadamente alguna vez? SI NO
- ¿Ha tenido problemas con otro trabajo dental? SI NO Favor de explicar _____
- ¿Sangran fácilmente sus encías? SI NO
- ¿Siente que tiene mal aliento? SI NO
- ¿Tienen sus dientes sensibilidad al frio o al calor? SI NO

I HAVE REVIEWED HEALTH HISTORY WITH PATIENT.

Signature of Doctor _____

Date _____

He llenado por completo este cuestionario y les he avisado de todos mis problemas médicos. Entiendo que cada dentista es un practicante individualy se hace responsable de manera individual por el cuidado dental prestado. Tambien entiendo que ningún otro dentista aparte del dentista que me trata ni Arcadia Dental Group, se hace responsable por mi trabajo dental

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Fecha _____

Parentesco _____

Me han presentado mi tratamiento dental y posibles alternativas. Me han informado de todos los riesgos involucrados en mi tratamiento dental y anestesia, incluyendo la posible pérdida de sangre y la infección. Doy mi consentimiento para la administración de anestesia y los tratameintos dentales indicados por el doctor diagnosticante.

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Fecha _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAME:

Nombre: _____

Telefono: _____