



Bienvenidos a Arguello Dentistry, LLC

¿Referido por? _____

Información del paciente

Nombre: _____ Padre/Guardián: _____
Fecha De Nacimiento ___/___/___ Sexo: ___ Edad ___ # SSN: ___-___-___
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: ___
Tel De Casa: ___-___-___ Celular: ___-___-___
Correo electrónico: _____

En Caso De Emergencia notifique a: _____
Tel De Casa: ___-___-___ Cell: ___-___-___

Marca uno Soltero Casado Menor

En caso de emergencia notifique:

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación: _____

Persona responsable por la cuenta () marque X si es el mismo de arriba.

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Relación: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
S.S# ___-___-___ Trabaja Para: _____ Ocupación: _____

Historia Médica Parte 1-2

Parte Uno

Nombre de doctor primario: _____ Teléfono: _____ ¿Razón para su cita hoy? _____ Cita de su última visita dental: ____ / ____ / ____ Nombre de dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____		
2. ¿Ha tomado algún medicamento o droga en los últimos 2 años?	Si	No
3. ¿Usted todavía está tomando algún medicamentos o droga? Si es afirmativo, especifique: _____	Si	No
4. ¿Tiene alergia a algún medicamento, droga o sustancia? Si es afirmativo, especifique: _____	Si	No
5. ¿Cuándo usted sube escaleras o camina, alguna vez ha tenido que parar por causa de dolor en el pecho, falta de aire o por estar muy cansado?	Si	No
6. ¿Sus tobillos se hinchan durante el día?	Si	No
7. ¿Usted usualmente utiliza 2 almohadas para dormir?	Si	No
8. ¿Ha perdido o subido más de 10 libras en este último año?	Si	No
9. ¿Se ha levantado a la mitad de la noche con falta de aire?	Si	No
10. ¿Está usted haciendo alguna dieta especial?	Si	No
11. ¿Su doctor alguna vez le ha comunicado que tiene cáncer o tumor? Si es afirmativo, especifique lugar _____	Si	No
12. ¿Usted fuma o mastica tabaco? Si es afirmativa la respuesta diga cuantos al día y desde cuando fuma _____	Si	No
13. ¿Usted consume alguna de estas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, o whiskey, etc.)? _____	Si	No
14. ¿Usted padece de alguna enfermedad o condición que no esté en el listado? Si es afirmativa especifique cual: _____	Si	No

Historia Médica Parte 2-2

Indique cuál de los siguientes usted alguna vez ha tenido o tienen actualmente. **Círculo "Sí" o "No"**

Alergias o Urticarias	Sí	No	Enfisema	Sí	No	Tratamiento Psiquiátrico	Sí	No
SIDA	Sí	No	Desmayos, Mareos o Vértigo	Sí	No	Terapia de Radiación	Sí	No
Anemia	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Fiebre Reumática	Sí	No
Angina de Pecho	Sí	No	Fiebre de Heno	Sí	No	Reumatismo	Sí	No
Arteriosclerosis (Endurecimiento de las Arterias)	Sí	No	Enfermedad o Ataque Cardíaco	Sí	No	Enfermedad de Células Falciformes	Sí	No
Artritis	Sí	No	Insuficiencia Cardíaca	Sí	No	Sinus	Sí	No
Válvulas Cardíacas Artificiales	Sí	No	Soplo del Corazón	Sí	No	Derrame Cerebral	Sí	No
Articulaciones Artificiales (Cadera, Rrodilla, etc.)	Sí	No	Marcapasos en el Corazón	Sí	No	Problemas de Tiroides	Sí	No
Asma	Sí	No	Cirugía de Corazón	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Quimioterapia	Sí	No	Alta Presión Sanguínea	Sí	No	Úlceras	Sí	No
Tos Crónica	Sí	No	Hepatitis A (Infecciosa)	Sí	No	Enfermedad Venérea	Sí	No
Herpes (alguno de sus tipos)	Sí	No	Hepatitis B (Serum)	Sí	No	Ictericia (Color amarillento de la piel)	Sí	No
Cardiopatía Congénita	Sí	No	Hepatitis C	Sí	No		Sí	No
Medicamentos de Cortisona	Sí	No	VIH Positivo	Sí	No	¿Alguna limitación física o mental?	Sí	No
Cirugía Cosmética	Sí	No	Enfermedad del Hígado	Sí	No	¿Ha sufrido lesiones en los Dientes, la Boca, la Cabeza o el Cuello?	Sí	No
Diabetes Tipo: _____	Sí	No	Prolapso de la Válvula Mitral	Sí	No	Sólo para mujeres: ¿Está Embarazada?	Sí	No
Adicción a Drogas	Sí	No	Nerviosismo	Sí	No	¿Está Amamantando?	Sí	No

¿El paciente ha sido informado por el médico que él /ella tiene que tomar antibióticos antes de algún tratamiento dental?

¿El paciente ha tenido una operación?
En caso de ser afirmativo, especifique

¿Hay otras condiciones o problemas no mencionados anteriormente?
En caso afirmativo, especifique: _____

Epilepsia o Convulsiones	Sí	No	Dolor en la Articulación de la Mandíbula	Sí	No	¿Está tomando Píldoras Anticonceptivas?	Sí	No
--------------------------	----	----	--	----	----	---	----	----

Certifico que he leído y comprendido lo presente. Reconozco que las preguntas anteriores han sido respondidas satisfactoriamente. No haré responsable a mi dentista o cualquier otro miembro de su personal, responsable de las medidas que adopten o no por los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Condiciones Dentales

Por favor marque lo que corresponda:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de muelas
<input type="checkbox"/> Caries o diente roto
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a:
<input type="checkbox"/> Frío
<input type="checkbox"/> Calor
<input type="checkbox"/> Dulces
<input type="checkbox"/> Masticando
<input type="checkbox"/> Comida se queda en espacios dentales
<input type="checkbox"/> Dientes flojos
<input type="checkbox"/> El hilo dental se rompe fácilmente o lastima
<input type="checkbox"/> Mantiene cosas entre los dientes | <input type="checkbox"/> Mordida o dientes se han desplazado
<input type="checkbox"/> Muerde las mejillas
<input type="checkbox"/> Boca seca
<input type="checkbox"/> Preocupado por el aliento
<input type="checkbox"/> Descontento con el trabajo dental anterior
<input type="checkbox"/> Encías sangrantes
<input type="checkbox"/> Crecimientos o llagas
<input type="checkbox"/> Herpes labial o ampollas de fiebre
<input type="checkbox"/> No puede abrir la boca
<input type="checkbox"/> Muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Labios agrietados
<input type="checkbox"/> Mal sabor en la boca
<input type="checkbox"/> Problemas de sueño
<input type="checkbox"/> Aliento de boca-dormido o despierto
<input type="checkbox"/> Ojos secos o tensos
<input type="checkbox"/> Dolores de hombro, cuello o cabeza
<input type="checkbox"/> Aprieta o rechina los dientes
<input type="checkbox"/> Sonido en la <i>articulación</i> de la <i>mandíbula</i> .
<input type="checkbox"/> La <i>mandíbula</i> se cansa con facilidad |
|--|---|--|

Lea detenidamente cada política, ponga sus iniciales junto a cada política y firme a continuación:
Acuerdo de tratamiento

_____ Prometo cooperación total con mi dentista tratante. Entiendo que si no sigo las instrucciones de mi médico con respecto a mi atención y tratamiento, el resultado de mi atención y tratamiento podría verse en peligro y podrían producirse resultados menos que óptimos.
Liberación de información

_____ Para fines de pago, permito que Arguello Dentistry by the Sea divulgue mi información médica privada a todas mis compañías de seguros, sus terceros pagadores y revisores de reclamaciones, hasta que se resuelva la reclamación. También permito que la práctica mencionada anteriormente divulgue mi información o se comuniquen con todos mis médicos tratantes.

_____ Prometo proporcionar información completa y precisa a los médicos sobre mi salud y medicamentos, incluidos los productos de venta libre. También comprendo mi responsabilidad de ser respetuoso con los médicos, el personal y otros pacientes. El comportamiento inapropiado resultará en la terminación inmediata de la relación médico / paciente. comunicación con respecto a la fecha, la hora o el tratamiento que se brindará. Aceptaremos estas citas, pero la persona que llame en su nombre debe figurar como una persona autorizada a la que podemos transmitir su información personal. Los nombramientos hechos por dichas personas están sujetos a todas las demás reglas y expectativas de los nombramientos hechos personalmente.

_____ Su parte del pago de TODOS los servicios de oficina vence al momento del servicio. Nuestra oficina acepta: efectivo o cheque, VISA, MasterCard, American Express, Discover Card o FSA / HSA. Las opciones de financiamiento especiales con convenientes pagos mensuales también están disponibles con la tarjeta de crédito para atención médica CareCredit. Para los planes que requieren múltiples citas, se pueden proporcionar arreglos de pago alternativos. Para planes de tratamiento más amplios y completos, se requiere un depósito para asegurar su cita de tratamiento. Se requiere un depósito para ciertas horas de cita.

_____ Hacemos nuestro mejor esfuerzo para no reservar en exceso nuestro horario. Esto significa que la hora de su cita está reservada especialmente para usted. Si no viene, no solo se retrasa su propio cuidado, sino que nadie más puede ser tratado durante ese tiempo. Si es absolutamente necesario reprogramar, por favor avise con al menos 24 horas de anticipación (antes de las 9 am del viernes para las citas del lunes) para evitar posibles cargos por citas interrumpidas. En algunos casos, especialmente en el caso de un gran espacio para citas, es posible que se le pida que avise con mayor antelación. Por lo general, no se aplica ningún cargo por la primera cita perdida sin previo aviso con 24 horas de anticipación. Para desalentar las citas incumplidas repetitivas, es posible que apliquemos un cargo por cita incumplida por la segunda vez y por cada ocurrencia posterior. Los cargos dependen de cuánto tiempo se haya reservado para usted y su necesidad (\$ 25 - \$ 100 por hora (según el tipo de tratamiento programado). Las

citas repetidas interrumpidas o canceladas y / o el incumplimiento pueden resultar en la transferencia de su atención a un práctica alternativa.

_____ Entendemos que el tráfico y otros retrasos pueden hacer que llegue tarde a su cita. Llame al consultorio si llega tarde y veremos si el horario del médico permite mantener su cita o si necesitamos reprogramarla. Las llegadas tardías de 15 minutos o más pueden resultar automáticamente en la necesidad de reprogramar la cita. En ciertos casos, se puede cobrar una tarifa de cita interrumpida.

_____ Las cuentas VENCIDAS están sujetas a procedimientos de cobro, incluida la oficina de crédito. Todos los honorarios, incluidos, entre otros, los honorarios de cobro, los honorarios de abogados y los honorarios de la corte, se convertirán en su responsabilidad además del saldo adeudado en esta oficina. Las cuentas que ya no mantengan un estado financiero de “buena fe” resultarán en la terminación de la relación médico / paciente.

_____ Si opta por interrumpir la atención antes de que se complete el tratamiento, su reembolso se determinará tras la revisión de su caso. Hay una tarifa de servicio de \$ 30.00 por todos los cheques devueltos.

Si no comprende nada de lo anterior, pregunte a un miembro del personal.

Certifico que he leído y comprendido todo lo anterior.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Firma del paciente / tutor: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

