

Informacion del Paciente

Gracias por elegido Arte Dental para sus necesidades dentales. Por favor llena esta forma lo mas que pueda. Gracias!

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tele. de Casa: _____ Celular: _____ Email: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono de Emergencia: _____

Quien lo refirio a nosotros?: _____

Parte Responsable (Padre or Subscritador Primario)

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____ Relacion al paciente: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tele. de Casa: _____ Telefono Otro: _____ Email: _____

Asegurancia: _____ PPO/DMO/Otro: _____ Numero de Membrecia: _____

SS#: _____ Numero de Grupo: _____ Empleador: _____

Historia Dental/Preocupaciones

Fecha de Ultimo Examen: _____ Dentista Anterior: _____ Frecuencia de Cepillado: _____

Frecuencia de hilo dental: _____ Te molesta cuando cepillas o usas hilo dental: _____ Mal Aliento: _____

Quiere la Sonrisa Mas Brillante y Saludable: _____ Tiene Dolor o Sensible: _____

Historia de la Medicina (compruebe lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Atencion Psiquiatrica |
| <input type="checkbox"/> Amamanta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Radiacion |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Sustancias Quimicas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Falta de Respiracion |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de Circulacion | <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Artritis/ Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Cortisona | <input type="checkbox"/> Dolor do Quijada | <input type="checkbox"/> Hinchazon de Pies o Tobillos |
| <input type="checkbox"/> Valvulas Cardiacas | <input type="checkbox"/> Tos Persistente | <input type="checkbox"/> Enfermedad de rinones | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Higado | <input type="checkbox"/> Habito de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de los Nervios | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Por favor escriba cualquier actual o medicamentos recientes tomadas: _____

Si usted tiene alergias: _____

Cualesquiera otros problemas médicos que deberán darse a conocer: _____

Certificación y Asignación

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad, siempre tengo un cambio en la salud. Una vez informados del plan de tratamiento, estoy de acuerdoser financieramente responsable de todos los cargos relacionados con el plan de tratamiento. En la medida permitida por la ley, consiento su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago cuando están en conexión con esta afirmación. Por la presente autorizo y pago directo de los beneficios dentales, en su caso, o al nombre de Arte Dental. Este consentimiento terminará una vez que mi plan de tratamiento actual se ha completado o tres años a partir de la fecha a continuación.

Firma del Paciente, Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente, Padre o Tutor: _____ Relacion con el Paciente: _____