

Historia Dental

Razon por su cita hoy?:

Dentista Anterior:

Tienes o has tenido alguno de los siguiente:

(Por favor compruebe cualquiera que corresponda)

Dientes sueltos o rellenos
rotos

Hacer clic o hacer estallar la
mandíbula

Ilagas en la boca

Mal aliento

Moliendo los dientes

Recogida de alimentos entre los
dientes

sensibilidad al frío

Sensibilidad al morder

Sensible al dulce

Tratamiento periodontal

¿Con qué frecuencia te cepillas?

¿Con qué frecuencia usas hilo dental?

Historia Medical

Nombre de los médicos: _____

Fecha de última cita : _____

¿Has tenido enfermedades serias o operaciones? No Sí Describe: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? No Sí Fechas aproximadas: _____

¿Fuma, vaporiza o consume tabaco? Sí No

Mujeres:

¿Estás embarazada? No Sí ¿Cuántas semanas? _____

¿Estás amamantando? Sí No

¿Estás tomando píldoras anticonceptivas u otros métodos anticonceptivos? Sí No

¿Tiene alguno de los siguientes?

(Por favor marque todos los que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Es necesario pre-medicarse antes de cualquier tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Toser sangre |
| <input type="checkbox"/> Cortisona | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tos persistente |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Hábito de tabaco | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies/tobillos | <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| | <input type="checkbox"/> Marcapasos | |
| | <input type="checkbox"/> Nefropatía | |

Ninguna de las anteriores

Otra (describa) : _____

Oxido Nitroso: Necesitas oxido nitroso para cada cita? Por favor esté consciente que no es garantizado que la aseguanza cubra esto. En cualquier caso costaría \$50 dólares.

Si No

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que la información de arriba está completa y correcta a la mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a mi doctor si yo, o mi hijo/hija menor de edad, tiene un cambio de salud en cualquier punto.

Nombre en letra de imprenta del paciente, padre, tutor o representante personal Relación con el paciente: _____

MEDICAMENTOS

Lista todo los medicaciones que está tomando:

Nombre de Farmacia: _____ Número de Farmacia: _____

ALLERGIAS

- Amoxicilina/Penicilina
- Anestesia local
- Aspirina
- Barbitúricos (pastillas para dormir)
- Codeína
- Látex
- Sulfa
- Otra
(Describe): _____
- NO HAY ALERGIAS CONOCIDAS

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que la información de arriba está completa y correcta a la mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a mi doctor si yo, o mi hijo/hija menor de edad, tiene un cambio de salud en cualquier punto.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente

Relación con el paciente

Forma De Registración

*Es posible que también se le solicite que firme estos formularios electrónicamente.
Gracias.*

ACUERDO FINANCIERO:

- * Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi información a mi compañía de seguros y recibir el pago directamente de ellos. Si el seguro no paga el tratamiento realizado, debo pagar el saldo.
- * Entiendo que si comienzo un tratamiento importante que implique análisis de laboratorio, seré responsable de los honorarios en ese momento.
- * Si se envía a cobros, aceptó pagar todos los honorarios relacionados y los costos judiciales.
- * Se hará todo lo posible para ayudarme con mi seguro, pero si no pagan como se espera, seguiré siendo responsable del pago.
- * Acepto pagar cargos financieros del 1.5% por mes (18% APR) sobre cualquier saldo vencido en 90 días.
- * Pagaré un depósito por las citas canceladas sin previo aviso de 24 horas. (Consulte la Política de cancelación de citas y no presentación en la página siguiente)
- * Los planes de tratamiento pueden cambiar y seré responsable del trabajo realizado.

INICIALES DEL PACIENTE: _____

PRIVACIDAD HIPAA:

Yo entiendo que estoy dando permiso a Smile Craft Family Dentistry de usar y divulgar mi información de salud protegida (FI) para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención sanitaria. También entiendo que tengo el derecho de revocar permiso. Se puede proporcionar una copia del Aviso de prácticas de privacidad previa solicitud.

INICIALES DEL PACIENTE: _____

HISTORIAL MÉDICO:

Acepto que toda la información que he proporcionado sobre mi historial médico en el formulario de "Información del paciente" es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. También he confirmado/negado cualquier medicamento que esté tomando, cualquier alergia y/o cualquier problema/condición médica.

INICIALES DEL PACIENTE: _____

Formas de Registración

*Es posible que también se le solicite que firme estos formularios electrónicamente.
Gracias.*

Cancelación de Cita y Política de No-Presentación: Entendemos que ocurren emergencias, pero cuando un paciente no se presenta o cancela sin un aviso de al menos 24 horas, no podemos ofrecer ese tiempo a otro paciente que lo necesite. El aviso previo nos permite administrar la programación de manera eficaz y mantener operaciones clínicas eficientes, lo que es especialmente importante para los protocolos de salud y seguridad. Dado que brindamos tratamientos individuales, las citas perdidas crean un inconveniente significativo para su dentista, nuestro consultorio y otros pacientes.

Agradecemos su comprensión y aceptación de la siguiente política:

Requisito de confirmación de cita: Para asegurar su cita, debe confirmar al menos 24 horas de anticipación el día hábil anterior a su hora programada. Si su cita no se confirma, puede reasignarse a otro paciente. Comuníquese con nuestro consultorio por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico para confirmar de inmediato.

- Política de cancelación: Las cancelaciones deben realizarse al menos 24 horas (o un día hábil) antes de la cita.
- Para las citas de lunes y sábado, las cancelaciones deben realizarse antes del jueves a las 3:00 p. m., ya que nuestra oficina está cerrada los viernes.
- El padre o tutor legal de los menores que no cancelen con el aviso correspondiente será responsable de las citas perdidas.

Definición de "No presentarse" Una "no presentarse" se define como:

- No asistir a una cita programada.
- Cancelar una cita con menos de 24 horas de aviso.
- Llegar con más de 15 minutos de retraso.

INICIALES DEL PACIENTE: _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente

Relación con el paciente

Formas de Registración

*Es posible que también se le solicite que firme estos formularios electrónicamente.
Gracias.*

Pacientes nuevos y establecidos:

Le enviaremos recordatorios telefónicos y mensajes de texto al menos 24 horas antes de su cita. Si un paciente nuevo no asiste o cancela una cita inicial con menos de 24 horas de anticipación, se requerirá un depósito de \$35 antes de reprogramarla. Este depósito se puede aplicar a un copago o reembolsar en la cita reprogramada.

Para asegurarse de recibir actualizaciones importantes, proporcione a nuestro personal su información de contacto más precisa, incluido su número de teléfono y dirección particular. La divulgación de su información personal queda a su discreción.

Política de no presentarse en caso de "dos faltas"

- Si no asiste a su cita programada sin avisar con al menos 24 horas de anticipación, se le solicitará un depósito de \$35 para asegurar su próxima cita. Este depósito se le reembolsará cuando asista a su cita reprogramada. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no pueden pagar los depósitos requeridos según esta política.
- Si no se presenta por segunda vez, lamentamos informarle que ya no podremos programar citas futuras para usted y será despedido del consultorio. Deberá buscar un nuevo proveedor dental para su atención.

Cortesía y respeto por los demás:

Su cita está reservada exclusivamente para usted. Si no puede asistir, notifíquese lo antes posible para que podamos ofrecerle el tiempo a otro paciente. Las citas perdidas no solo impiden que otros reciban la atención necesaria, sino que también afectan la eficiencia de nuestra práctica.

Agradecemos su comprensión y cooperación para mantener un sistema de programación justo y eficaz. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina.

Al firmar a continuación, reconozco que comprendo y acepto las políticas descritas en este documento.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente

Relación con el paciente