



## **INFORMATION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
                    Primero            IS            Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono #: (Casa) ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ext. \_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Texting SÍ / NO            Situación familiar: S/C/D/V

Cumple años: \_\_\_\_\_ Número social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenina

En caso de emergencia a ¿quién podemos llamar? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## **PACIENTE, CONYUGE O PERSONA RESPONSABLE**

Lo siguiente es por: el paciente ( ) el esposo del paciente ( ) la persona responsable por pago ( )

Nombre: \_\_\_\_\_ Cumple años: \_\_\_\_\_ Número social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Masculino ( ) Femenina ( ) Casado ( ) Soltera ( ) Hijo ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono #: (Casa) ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ext. \_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### **Información de Trabajo**

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ext. \_\_\_\_ E-Mail del Trabajo: \_\_\_\_\_

## **INFORMATION DE REFERENCIA**

¿A Quién podemos agradecer por la referencia a la práctica? ( ) paciente, amigo ( ) paciente, familiar

( ) Oficina Dental ( ) Las paginas amarillas ( ) Periódico ( ) Escuela ( ) Trabajo ( ) Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona dando la referencia a nuestra oficina: \_\_\_\_\_



## **HALE FAMILY DENTAL POLITICA FINANCIERA**

Como condición para su tratamiento por esta oficina arrangements financiera debe hacerse con anticipación. La práctica depende de reembolso a los pacientes para los costos de su atención para seguir siendo viable. Por lo tanto, se determinará la responsabilidad financiera de cada paciente antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencias o cualquier servicios dentales realizados sin arreglos financieros anteriores, deben ser pagados por en efectivo en el momento en que se prestan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales proporcionados se imputan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios seguros de nuestros pacientes o ayudar en la toma de colecciones de las compañías de seguros y se cualquier tal colecciones recibidas de crédito a la cuenta de los pacientes. Sin embargo este consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados en total por una compañía de seguros.

Un cargo de servicio mensual a una tasa fija de 1.5% mensual, 18% anual del saldo pendiente de pago el último día de cada mes se evaluaron y agregó que el saldo de todas las cuentas superior a sesenta días desde la fecha de servicio a menos que escrito anteriormente se hacen arrangements financieros. Entiendo que una tasa de perdida de nombramiento de 35\$ se agregará a mi equilibrio si echo de menos una cita programada a menos que me contacto con la oficina más de 24 horas antes de la cita programada. No aceptamos mensajes dejó en el contestador como notificación de que se olvida de citas programadas, usted debe hablar con uno de nuestro personal de oficina. Entiendo que la estimación de la cuota para este cuidado dental sólo puede extenderse por un período de seis meses desde la fecha del examen paciente.

En consideration para los servicios profesionales a ser brindados a mí (o a mi petición, a mi hijo menor o ward) por el dentista, estoy de acuerdo pagar los honorarios de los servicios dentales siempre por el dentista o empleado con licencia en el momento se prestan los servicios, o dentro de cinco días de facturación si se extiende el crédito por el dentista. En el caso de mi cuenta se convierte en delinciente, estoy de acuerdo en pagar el saldo pendiente además la suma de la tasa de recogida por la Agencia de colección al que está asignada una cuenta de morosa de colección, además de honorarios razonables de abogados y costas judiciales donde tales servicios legales son necesarias. Autoizo la publicación de información financiera identificable relativa mi cuenta, incluyendo facturados, los pagos efectuados y interés cargos impuesto, etc. al dentista agencia de cobro o abogado de la colección debe colección precedures como se describe en necesarios.

Conceder permiso a usted o su cesionario al teléfono me en casa o en mi lugar de trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. También estoy de acuerdo para que esta Oficina dejar mensajes relativos a nombramientos y o resultados en mi contestador automático o con un miembro de la familia.

Certifico que he contestado todas las preguntas de este formulario con precisión y a lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo por la presente por las condiciones expuestas en el presente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente



## **PROCEDIMIENTO PARA PROCEDER**

Yo autorizo al Dr. Hale y/o asociados o asistentes los cuales sean designados a ejecutar los procedimientos que hayan sido considerados necesarios o recomendados para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable. Incluyendo los preparativos y/o administracion de cualquier sedacion (incluyendo oxido nitroso), analgesicos, terapeuticos y/o otros agentes farmaceuticos, incluyendo aquellos relacionados a la restauracion, paleativos, terapeuticos o tramientos quirurgicos.

Yo entiendo que la administracion de anestésicos locales puede causar una reaccion desagradable o efectos secundarios los cuales pueden incluir pero no estar limitados al amoretamiento, hematoma, estimulacion cardiaca, dolor en los musculos, y temporal o radamente adormesimiento permanente. Yo entiendo que ocasionalmente las agujas pueden partirse y es necesario una operacion quirurgica. Ocasionalmente algunas gotas de anestesia pueden tocar los ojos y los tejidos de la cara y causar irritacion temporal.

Yo entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y odontologia basica incluyendo obturaciones de todo tip, los dientes pueden quedar sensibles o un poco adoloridos durante y despues de completar el tratamiento. Materiales dentales y medicamentos pueden desencadenar reacciones alergicas o sensibilidad.

Despues de citas de larga duracion la mandibula y los musculos pueden estar adoloridos o sensibles. Mantener la boca abierta puede predisponer o precipitar un desorden temporomandibular. Encia y tejidos alrededor pueden estar sensibles o adoloridos durante y/o despues del tratamiento aunque es raro es posible que la lengua, mejillas y otros tejidos orales sean accidentalmente cortados o lacerados durante el procedimiento dental rutinario. En algunos casos suturas o tratamientos adicionales pueden ser requeridos. Yo entiendo que como parte del los articulos de tratamiento dental incluyendo pero no limitado a coronas, instrumentos pequenos, componentes de la pieza de alta velocidad, etc. Puede ser aspirada (inhalaada dentro el sistema respiratorio) o tragada. Estas situaciones inusuales pueden requerir una serie de radiografias que van ha ser tomadas por el medico o el hospital y puede en raros casos requerir una broncoscopia u otros procedimientos para asegurarse es seguramente removido.

Yo entiendo que nesecito revelar a el odontologo cualquier orden medica de medicamentos que este tomando actualmente o que halla tomado en el pasado, tal es como Phen-fen. Yo entiendo que tomando los medicamentos para prevencion de la osteoporosis, tales como Fosamax, Boniva, o Actonel, puede resultar en complicaciones de una mala cicatrizacion del hueso de la mandibula seguido de una cirujia oral o una extraccion de diente.

Yo asumo voluntariamente cualquiera y todo los riesgos posibles, incluyendo los riesgos de danos substancial y lesiones serias, si cualquiera estuviera asociada con prevencion general y procedimientos del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o tutelado. Yo entiendo que la indole y el proposito de los beneficio o el beneficio de mi hijo menor o tutelado. Yo entiendo que la indole y el proposito de los procedimientos me han sido explicados si fuere necesario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

---

Nombre del Paciente

---

Firma Paciente, Representante Legal O Guardian

---

Fecha

---

Testigo

---

Fecha

**HISTORIA MEDICA**



Aunque personales dentales se trata la área de la boca y alrededor principalmente, su boca es parte del cuerpo entero. Problemas de salud que tiene o medicamentos que está tomando podría estar interrelacionado con la odontología le recibe. Gracias por contestar las preguntas que sigue.

¿Está bajo cuidado de un medico ahora?	Sí	No
Explique si contesta sí por favor: _____		
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo una operación importante?	Sí	No
Explique si contesta sí por favor: _____		
¿Ha tenido una herida grave de la cabeza o del cuello?	Sí	No
Explique si contesta sí por favor: _____		
¿Está tomando algún tipo de medicamento, pastillas o drogas?	Sí	No
Explique si contesta sí por favor: _____		
¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?	Sí	No
¿Tiene una dieta especial?	Sí	No
¿Usted usa tabaco?	Sí	No
¿Usted usa sustancias controladas?	Sí	No

**Por las Mujeres:**

▪ ¿Está embarazada o tratado quedar embarazado?	Sí	No
▪ ¿Está tomando anticonceptivo oral?	Sí	No
▪ ¿Está lactancia	Sí	No

**¿Tiene alguna alergia a lo siguiente?**

Aspirina	Penicilina	Codeína	Acrílico	Metal	Látex	Anestésicos Locales
Otro- Explique si contesta sí por favor: _____						

**¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

El sida/VIH positiva	Sí	No	Problemas Respiratorios	Sí	No
Enfermedad de Alzheimer	Sí	No	Magulle Fácilmente	Sí	No
Anaphylaxis	Sí	No	El Cáncer	Sí	No
Anemia	Sí	No	La quimioterapia	Sí	No
Artritis/Gota	Sí	No	Dolores en el pecho	Sí	No
Válvula artificial de corazón	Sí	No	El herpes labial/ampollas de fiebre	Sí	No
Articulación artificial	Sí	No	Cardiopatía Congénita	Sí	No
Asma	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Enfermedad de sangre	Sí	No	Medicina de la cortisona	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	La diabetes	Sí	No
Adición a los drogas	Sí	No	Enfermedad Hepática	Sí	No
Fácilmente sin aliento	Sí	No	Presión arterial baja	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Enfermedad pulmonar	Sí	No
Epilepsia	Sí	No	Prolapso de la válvula mitral	Sí	No



Hale Family Dental

Sangrado excesivo	Sí	No	Dolor de articulación mandibular	Sí	No
Sed excesivo	Sí	No	Enfermedad paratiroidea	Sí	No
Desmayos/Mareos	Sí	No	Cuidado psiquiátrico	Sí	No
Tos frecuente	Sí	No	Tratamientos de radiación	Sí	No
Diarrea frecuente	Sí	No	Pérdida de peso recientemente	Sí	No
Dolor de cabeza frecuente	Sí	No	Diálisis Renal	Sí	No
El herpes genital	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Glaucoma	Sí	No	Reumatismo	Sí	No
Fiebre de heno	Sí	No	Escarlatina	Sí	No
Ataques o fallos de corazón	Sí	No	Herpes	Sí	No
Soplo en el corazón	Sí	No	Enfermedad de célula de hoz	Sí	No
Fabricante de ritmo de corazón	Sí	No	Problemas de sinusitis	Sí	No
Problemas de corazón	Sí	No	Espina bífida	Sí	No
Hemofilia	Sí	No	Enfermedad intestinal o estomago	Sí	No
Hepatitis A	Sí	No	Derrame Cerebral	Sí	No
Hepatitis B o C	Sí	No	Hinchazón de miembros	Sí	No
Herpes	Sí	No	Enfermedad de la tiroides	Sí	No
Presión arterial alto	Sí	No	Amigdalitis	Sí	No
Colmenas o erupción	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Hipoglucemia	Sí	No	Tumores o crecimientos	Sí	No
Latido del corazón irregular	Sí	No	Úlceras	Sí	No
Problemas de riñón	Sí	No	Enfermedad Venérea	Sí	No
Leucemia	Sí	No	Ictericia Amarilla	Sí	No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no esta aquí? Explique si contesta sí por favor:

---

Comentarios:

---

He contestado a lo mejor de mi conocimiento las preguntas correctamente que está sobre esta hoja. Entiendo que información incorrecta puede ser peligrosa a mi salud (salud del paciente). Es mi responsabilidad a informar la oficina de algunos cambios de mi salud.

Firma de paciente, padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_