



Healthy Smiles

FORMULARIO DE INFORMACION ACTUALIZADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIRECCION: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
 TELEFONOS: CASA: _____ CELULAR: _____

INFORMACION SOBRE SEGURO DENTAL

NOMBRE DE PERSONA EN LA POLIZA: _____ # SEGURO SOCIAL: _____
 EMPLEADOR: _____
 COMPANIA DE SEGURO: _____ # DE GRUPO: _____

HISTORIA MEDICA/DENTAL

Tiene algún problema dental actualmente? _____
 Tiene alguna condición medica/de salud actualmente? _____
 Hace cuanto fue su última visita a un Dentista? _____
 Cuando fue la última vez que le tomaron radiografías dentales? _____
 Que medicinas toma actualmente? _____
 Alguna vez ha tomado BIFOSFONATOS? (boniva, fosamax, etc) _____
 Fuma o usa cualquier producto que contenga tabaco? _____
 Mujeres: Esta Usted EMBARAZADA? SI / NO Fecha de Parto _____

POR FAVOR CIRCULE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES QUE HAYA TENIDO, O TENGA EN LA ACTUALIDAD:

HIV/SIDA	Diabetes	Prolapso Válvula Mitral
Virus Papiloma Humano	Desordenes Alimenticios	Problemas de Nervios
Reflujo Acido	Epilepsia	Cirugía de Corazón/Marcapasos
Alergia anafiláctica	Desmayos	Cuidado Psiquiátrico
Artritis	Alergias a Alimentos	Perdidas/Ganancia Rápida de Peso
Válvula Cardíaca Artificial	Glaucoma	Tratamiento de Radiación
Articulación Artificial	Soplo del Corazón	Enfermedad Respiratoria
Asma	Otros Problemas del Corazón	Fiebre Reumática
Anemia	_____	Culebrilla/Herpes Zoster/Shingles
Alergias (estacional)	Hemofilia(sangrado anormal)	Falta de la Respiración
Problemas de Espalda	Herpes	Salpullido
Enfermedades de la Sangre ³	Hepatitis	Espina Bífida
Colesterol Alto	Reemplazo de Cadera o Rodilla	Derrame Cerebral
Cáncer	Presión Alta	Implantes Quirúrgicos
Dependencia Química	Dolor de Mandíbula	Hinchazón de Pies/Tobillos
Tratamiento con Esteroides	Enfermedades/Deficiencia del Riñón	Enfermedad de Tiroides
Tos persistente	Enfermedad del Hígado	Uso de Tabaco (cualquier forma)
Tos con Sangre	Alergias a Materiales	Úlcera/Colitis
Inflamación de Amígdalas	Tuberculosis	Otros _____

ES USTED ALERGICO O HA TENIDO REACCION ADVERSA A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES (CIRCULE)

Aspirina	Anestésico Local	Eritromicina	Látex (guantes, globos, etc.)
Oxido Nitroso	Codeína	Penicilina	Solfa
Otros _____			

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE PROPORCIONAR EXAMEN DENTAL

Doy el permiso a los doctores de usar las medidas que se consideren necesarias en su juicio profesional para el debido diagnostico. Este incluiría un examen oral, radiografías, y otros recursos diagnósticos. Tengo un informe exacto de mi historia de la salud mental y física (o la de mi hijo/hija). También he relatado cualquier reacción alérgica o extraña previa a medicinas, alimentos, picaduras de insecto, anestésicos, polen, polvo, sangre o enfermedades de cuerpo, reacciones de piel, sangrado anormal o cualquier otra condición relacionada con mi salud (o la de mi hijo/hija), o cualquier otro estado físico que mi doctor medico (o de mi hijo/hija) me ha aconsejado deberían ser relatados a un dentista.

Firma: _____ Fecha: _____

*******POLIZAS DE LA OFICINA Y TIENE QUE SER FIRMADO*******

Estoy consciente que si **NO** puedo llegar a mi cita, debo llamar por lo menos **48 HORAS** antes del día de la cita. También estoy consciente que habrá un cargo de \$30.00 si no llego a mi cita y incluso un cargo de \$50.00 por no llegar a una cita **CONFIRMADA**. Estas son tarifas normales para las citas interrumpidas, sin embargo, si la cita es más larga de una hora, o si es para una cita de sedación, esta tarifa será mayor según el procedimiento para el que fue la cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el paciente es un menor de 18 años y viene a la oficina para tratamiento restaurativo bajo oxido nitroso (gas de la risa) un adulto tendrá que estar presente durante el procedimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

*******POR FAVOR LEE*******

La mayoría de las compañías de seguros no pagará los empastes blancos en los dientes posteriores, también conocidos como empastes de resina, ni pagarán las bases, también conocidas como recubrimiento pulpar. Las bases se colocan para proteger el nervio del diente cuando la caries se ha acercado al nervio del diente. Podemos enviar al seguro el beneficio cubierto de un empaste de amalgama o de plata, dejando cualquier tarifa adicional como gasto para el bolsillo del paciente. El paciente puede optar por hacer obturaciones de amalgama en los dientes posteriores en lugar de rellenos de resina.

Seleccione la opción que prefiera en los dientes posteriores:

_____ Resina o Rellenos Blancos _____ Rellenos de Plata / Amalgamas

*******USO DE DOCTOR SOLAMENTE*******

Reviewed By: _____ Medical Alert: _____

Significant Findings: _____

ASA: I II III IV TONSILS: I II III IV

Sedation: Child _____ Teen _____ Adult _____ or IV Sedation _____

Does patient have to take medicines before sedation appointment: Yes No Medical Release Required: Yes No

Refer to: _____

ASSISTANT RESPONSIBILITY:

Weight: _____ Adult Sedation Questionnaire done by: _____

Teen Sedation questionnaire done by: _____ Consent signed: _____

Note: _____ Responsible for watching the video: Mom Dad Family Member (specify): _____

FRONT STAFF RESPONSIBILITY:

Pre Authorization: Yes No Covered by Medicaid: Yes No Insurance: Yes No

Catholic Charity: _____ Pharmacy Name: _____ Pharmacy Location: _____