onsite dental

Nueva Información Para el Paciente

SU INFORMACIÓN

Nombre: _____Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____

Seguro Social #: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Persona Responsable de la Cuenta si es Distinto de Paciente

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____ Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con usted: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Aseguradora Primaria: _____ Titular de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____Seguro Social #: _____ Grupo #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____ Aseguradora Fax: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Segunda Compañía de Seguros: _____ Titular de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Seguro Social #: _____ Grupo #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____ Fax Compañía de Seguro: _____

EL PAGO DEBE SER CANCELADO EN EL MOMENTO DE SERVICIO

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por Onsite Dental y también soy responsable de pagar cualquier co-pagos y deducibles que mi seguro no cubre. Autorizo a Onsite Dental para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de estos servicios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos mis reclamos de seguro, ya sea manual o electrónico.

Firma: _____ Fecha: _____

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.

HISTORIA DENTAL

¿Qué es lo que más le preocupa de sus dientes? _____

¿Estás teniendo malestar en este momento? _____ ¿Cuál es el malestar? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ Le hicieron radiografías? _____ ¿Qué tratamiento recibió?_____

¿Tiene los dientes sensibles? calor? _____ frío? _____ dulces? _____ acido? _____ presión? _____

¿Has tenido frenos en los dientes? ¿_____ Si es así, cuando? _____ ¿Usaron aparatos tradicionales? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

¿Tienes sangrado de las encías? ¿_____ Ha tenido tratamiento de encías? _____ Cuándo? _____

¿Rechina o aprieta los dientes? _____ ¿Te escuchas estallidos, clic o ruidos al masticar? _____

¿Tienes algún dolor alrededor de cualquiera de tus oídos? _____ iene alguna hinchazón o bultos en la boca?_____

¿Tienes miedo del tratamiento dental? _____

¿Qué opinas acerca de la apariencia de sus dientes? _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Está actualmente bajo un cuidado médico? _____ Nombre del médico_____

Dirección del Médico_____ Teléfono del Médico_____

¿Tiene o ha tenido usted cualquiera de los siguientes síntomas?

S N	Sangrado anormal	S N	Defecto congénito del corazón	S N	Soplo cardíaco	S N	Enfermedad del hígado
S N	Anemia	S N	Diabetes	S N	Cirugía cardíaca	S N	Lupus
S N	Huesos/articulaciones artificiales	S N	Enfisema	S N	Hemofilia	S N	Marcapasos
S N	Válvulas artificiales	S N	Desmayos	S N	Hepatitis	S N	Tos persistente
S N	Asma	S N	Ampollas febriles	S N	Herpes	S N	Tratamiento de radiación
S N	Cáncer	S N	Glaucoma	S N	Presión arterial alta	S N	Convulsiones
S N	Quimioterapia	S N	Dolores de cabeza	S N	VIH/SIDA	S N	Tuberculosis (TB)
S N	Colitis	S N	Ataque al corazón	S N	Problemas renales	S N	Enfermedades venéreas

Por favor indique cualquier condición médica importante que haya experimentado. _____

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

S	N	Aspirina	S	N	Eritromicina	S	N	Sedantes
S	N	Barbitúricos	S	N	Joyería/metales	S	N	Sulfonamidas
S	N	Codeína	S	N	Látex	S	N	Tetraciclina
S	N	Anestésicos dentales	S	N	Penicilina	S	N	Otros

Por favor describa que medicamentos o materiales le causan reacciones alérgicas: _____

_____

Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente: _____

_____

Para las mujeres: Estás tomando pastillas anticonceptivas? _____ está embarazada? _____ semana #: _____ esta amantando bebe?____

AUTORIZACIÓN

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Toda la información en este documento se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a Onsite Dental de cualquier cambio en mi condición de médica. Yo autorizo a personal dental para realizar los servicios dentales que necesite, incluyendo radiografías, fotografías, modelos de estudio o cualquier proceso que se estime oportuno para realizar un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales.

Firma: _____ Fecha: _____

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.