Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: □ Masculino □ Femenino

Situación familiar: □ Soltero □ Casado/a □ Viudo/a □ Divorciado □ Menor □ Otro

Número de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Mejor hora para localizarle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa/Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la empresa/escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Si la persona responsable de la cuenta de este paciente es distinta del paciente, o si el paciente es menor de edad, la parte responsable DEBE rellenar la siguiente sección:**

Nombre de la Parte responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situación familiar: □ Soltero □ Casado/a □ Viudo/a□ Divorciado□ Menor□ Otro

¿A quién podemos dar las gracias por recomendarnos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGASE EN CONTACTO CON**

Nombre de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias:**

□ Aspirina □ Anestésico local

□ Penicilina □ Látex

□ Codeína □ Metales

□ Sulfa □ Tétanos

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antiguo dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Última visita al dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Última radiografía dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Último examen físico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Marque "sí" o "no" para indicar si padece alguna de las siguientes enfermedades:**

Mal aliento□ Sí□ No Dientes flojos□ Sí□ No Traumatismos□ Sí□ No

Encías sangrantes□ Sí□ No Mal sabor □ Sí□ No ATM/TMD□ Sí□ No

Ampollas en labios o boca□ Sí□ No Hinchazón □ Sí□ No Boca Seca□ Sí□ No

Chasquidos o crujidos de mandíbula□ Sí □ No Dificultad para masticar□ Sí□ No

Dificultad para extraer□ Sí□ No

Boca seca □ Sí□ No Recogida de alimentos entre los dientes□ Sí□ No

Rechinar los dientes□ Sí□ No Tratamiento periodontal□ Sí□ No

Dolor torácico□ Sí□ No Tuberculosis□ Sí□ No Cáncer□ Sí□ No

Úlceras□ Sí□ No VIH, ARC, SIDA □ Sí□ No Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfisema□ Sí□ No Problemas de sinusitis□ Sí□ No

Ha viajado fuera del país en los últimos 6 meses. □ Sí□No Desmayo□ Sí□No

\*Articulación artificial□ Sí□ No

Mareos□ Sí□ No Tiroides□ Sí□No Diabetes□ Sí□ No

Trastorno alimentario□ Sí□ No Anemia□ Sí □No Artritis□ Sí□ No

Convulsiones/Epilepsia □ Sí□No Drogadicción□ Sí□ No

Sensibilidad a: □ Frío □ Mordeduras □ Calor □ Dulces \*Soplo Cardíaco□ Sí □ No

Aftas bucales□ Sí□ No Asma □ Sí □ No Radioterapia□ Sí □ No

Fiebre del heno□ Sí □ No Urticaria/Sarpullido□ Sí □ No

Consumo de tabaco□ Sí□ No Angina de pecho□ Sí□ No

Moretones con facilidad □ Sí□ No Problemas cardíacos□ Sí□ No

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia utiliza el hilo dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Consume bebidas gaseosas/energéticas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ictericia□ Sí□ No Enfermedad hepática□ Sí□ No Cirugía cardíaca□ Sí□ No

Hipertensión arterial□ Sí□ No Problemas renales□ Sí□ No Anemia falciforme□ Sí□ No

\*Trasplantes□ Sí□ No \*Fiebre reumática□ Sí□ No Problemas renales□ Sí□ No

Anemia falciforme□ Sí□ No

¿Toma medicamentos para la osteoporosis? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prolapsos de la válvula mitral□ Sí□ No Alcoholismo□ Sí□ No \*Implantes □ Sí □ No

Hemofilia□ Sí□ No \*Problemas cardíacos congénitos□ Sí□ No

Dificultad respiratoria□ Sí□ No Infección por hepatitis A□ Sí□ No Marcapasos □ Sí □ NO

Glaucoma□ Sí□ No Hepatitis B-suero□ Sí□ No Hep C □ Sí □ No

Tratamiento con esteroides□ Sí□ No Accidente cerebrovascular□ Sí□ No

Silla de ruedas/Handicap□ Sí□ No Está embarazada □ Sí □ No Estas amamantar □ Sí□ No

¿Cuántos meses de embarazo tiene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**premedicación antibiótica antes de su cita.** □ Sí□ No

Infección por hepatitis A□ Sí□ No

Glaucoma□ Sí□ No Hepatitis B-suero□ Sí□ No

\*Tratamiento con esteroides□ Sí□ NoHep C□ Sí□ NoEmbarazada actual□ Sí□ No

Accidente cerebrovascular□ Sí□ No Marcapasos□ Sí□ NoEn qué fase: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Implantes□ Sí□ No Silla de ruedas/Handicap□ Sí□ No Enfermería□ Sí□ No

**\*Puede ser necesaria una premedicación antibiótica antes de su cita.**

He leído y comprendido la información anterior. He respondido correctamente a las preguntas anteriores. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o al seguro dental de grupo las prestaciones que de otro modo me corresponderían a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos de la factura real por el servicio. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad**

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

El Dr. Anderson y el Dr. Floyd aprecian tenerle como paciente y esperan tener una relación larga y mutuamente satisfactoria. Como parte de su responsabilidad con los pacientes, se comprometen a ofrecer siempre los mejores y más rentables servicios dentales. También harán todo lo posible para asegurarse de que su cita se cumplirá en el tiempo más eficaz. Por favor, comprenda que las emergencias ocurren, que pueden causar retrasos inevitables. Si por alguna razón usted no puede llegar a su cita, requerimos un aviso de cancelación de 24 horas. Además, los médicos esperan que sus pacientes cumplan con sus responsabilidades a cambio de los servicios:

1. Facilite los datos de su seguro en recepción en el momento de la inscripción.
2. Todos los servicios se pagarán en el momento de la cita. Los copagos también hacen en el momento del servicio.
3. Todos los trabajos de restauración importantes conllevan gastos de laboratorio. Usted es responsable de la mitad de los costes del procedimiento antes del envío al laboratorio y el saldo restante en el momento de la entrega.

**He leído y comprendo perfectamente el contenido de este acuerdo:**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Para pacientes asistidos por el gobierno:***

**Al firmar este acuerdo, usted se compromete a avisarnos con 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita. Por favor traiga su tarjeta actual de Medicaid a cada cita. Los doctores pueden terminar la relacion dental si usted falta a una cita o cancela con 24 horas.**

f