

# Rachel Oates Family Dental

## A. Informacion del Paciente

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre/Mujer      Estado: (circule) Casado   Soltero   Divorciado   Viudo   Separado

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_ Linea Adicional \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_

Sin Asegurancia, iniciar linea y continuar a Seccion D \_\_\_\_\_

## B. Informacion de Asegurancia

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre/Mujer

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

Direccion (Si es diferente): \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

## C. Informacion de la Polica de Asegurancia

Si Asegurancia es Delta, Ameritas, Guardian, o Metlife:

Numero del Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

Si asegurancia es Humana, Aetna, Bluecross, United Healthcare, Cigna :

Numero de ID \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Asegurancia Secundario

Nombre de Plan de Asegurancia \_\_\_\_\_

Numero de ID \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

## D. Esposo/a o Parte Responsable del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre/Mujer

Relacion \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

## E. Polica Financiera

Gracias por aver escogido nuestra oficina para su salud dental. Nosotros aseptomos efecivo, cheques personales, Mastercard, Visa, American Express, y Care Credit. El pago se debe en el momento del servicio. Note que cheques regresados seran sujetos a cuotas adicionales. Si nuestra oficina requiere aslitar un servicio de recoleccion o ayuda legal, usted se le responsabilira para coleccion y cargos legales que se incurran. Todas las citas canceladas con menos de 48 de antisipo o citas que no lleguen sin aviso, va a ver in cobro de \$50. Yo eh recibido una copia completa de la polica entera de financiamiento en

adicion con estos articulos, y los eh leído, entiendo, y acepto los terminos y condiciones.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**F. Polica de Privacidad**

Yo eh recibido una copia de el aviso de la Política de Privacidad de Rachel Oates Family Dental en colaboracion directa con HIPPA. Yo autorizo el uso y divulgacion de mi informacion medica protegida para cualquier clinico, financiero, y proposito de aseguranza. Yo eh recibido una copia de poliza completa de privacidad y yo eh leído, entiendo, y estoy de acuerdo con los terminos y condiciones descritos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**G. Informacion de Referencia**

Como supo de nosotros? \_\_\_\_\_

**H. Historial Medico y Dental**

Razon principal por esta cita dental:(circule) Examinacion Emergencia Consulta

Especifique preocupaciones dentales

\_\_\_\_\_  
Especifique preguntas o asuntos que le gustaria que su higienista o la Doctora discutiera con usted \_\_\_\_\_

Nombre y locacion de su medico de atencion primaria

\_\_\_\_\_  
Ha sido hospitalizado o a tenido una cirugia mayor? No/Si \_\_\_\_\_

Ha tenido una lesion de cuello o traumatismo craneal serio?

No/Si \_\_\_\_\_

Ha recibido radiacion a el cuello o cabeza? No/Si \_\_\_\_\_

Alguna ves a tomado bisfosfonatos (Actonel, Aredia, Boniva, Fosamax, Zometa, Bonefos, Ostac, Skelid, Didronel)?

No/Si \_\_\_\_\_

Es usted alergico a alguna medicacion o substancia?

\_\_\_\_\_  
Especifique: (circule) Aspirina Penicillina Codeine Acrilico Metales Latex Tinta Roja Canela  
Por favor indique cualquier y todas las medicaciones que este tomando: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ha tomado un antibiotico premedicatdo anteriormente antes de una consulta de dentista en el pasado?

No/Si \_\_\_\_\_

Problemas del Corazon/Enfermedad	<b>Si No</b>	Hemofilia	<b>Si No</b>	Diarea Frecuente	<b>Si No</b>	VIH Positivo	<b>Si No</b>
Soplo en el Corazon	<b>Si No</b>	Leucemia	<b>Si No</b>	Diabetis	<b>Si No</b>	Herpes Genitales	<b>Si No</b>
Latidos Irregulares	<b>Si No</b>	Transfucion Sanguinea	<b>Si No</b>	Sed Extrema	<b>Si No</b>	Adiccion de Droga	<b>Si No</b>
Angina/Dolor de Pecho	<b>Si No</b>	Inflamacion de las Extremidades	<b>Si No</b>	Hipoglucemia	<b>Si No</b>	Ulceras Vocales	<b>Si No</b>
Ataque de Corazon/insuficiencia Cardiaca	<b>Si No</b>	Enfermadad Pulmonaria	<b>Si No</b>	Enfermedad del Hgado	<b>Si No</b>	Fuegos	<b>Si No</b>
Trastorno Cardiaco Congeninico	<b>Si No</b>	Problema Respiratorio	<b>Si No</b>	Hepatitis A	<b>Si No</b>	Herpes	<b>Si No</b>
Prolapso de la Valvula	<b>Si No</b>	Falta de Aire	<b>Si No</b>	Hepatitis B o C	<b>Si No</b>	Derrame	<b>Si No</b>

Mitral

Fiebre Escarlata	<b>Si No</b>	Tos Frecuente	<b>Si No</b>	Ictericia Amarilla	<b>Si No</b>	Convulsiones	<b>Si No</b>
Fiebre Reumatica	<b>Si No</b>	Fiebre del Heno	<b>Si No</b>	Problemas de Rinones	<b>Si No</b>	Epilepsia / Convulsiones	<b>Si No</b>
Valvula Cardiaca Atrificial	<b>Si No</b>	Problemas Sinusales	<b>Si No</b>	Dialisis Renal	<b>Si No</b>	Desmayos/ Mareos	<b>Si No</b>
Marcapasos	<b>Si No</b>	Asma	<b>Si No</b>	Enfermedad Tiroidea	<b>Si No</b>	Glaucoma	<b>Si No</b>
Sirugia del Corazon	<b>Si No</b>	Emfisema	<b>Si No</b>	Enfermedad Paratiroidea	<b>Si No</b>	Tumores/ Crecimientos Abnnormales	<b>Si No</b>
Presion Arterial Alta	<b>Si No</b>	Tuberculosis	<b>Si No</b>	Artrites/Gota	<b>Si No</b>	Nerviosidad	<b>Si No</b>
Presion Arterial Baja	<b>Si No</b>	Cancer	<b>Si No</b>	Reumatismo	<b>Si No</b>	Ayuda Psiquiatrica	<b>Si No</b>
Enfermedad Sanguinea	<b>Si No</b>	Radiacion	<b>Si No</b>	Dolor en la Mandibula	<b>Si No</b>	Enfermedad de Alzheimer's	<b>Si No</b>
Moretones con Facilidad	<b>Si No</b>	Chemoterapia	<b>Si No</b>	Medicacion Corisona	<b>Si No</b>	Allergias(Medicina)	<b>Si No</b>
Anemia	<b>Si No</b>	Enfermedad del Estomago/ Intestino	<b>Si No</b>	Articulaciones Artificiales	<b>Si No</b>	Allergies(Polvo/ Polen)	<b>Si No</b>
Sangramiento Anormal	<b>Si No</b>	Ulceras	<b>Si No</b>	Enfermedad Venereal	<b>Si No</b>	Urticaria o Erupcion	<b>Si No</b>
Anemia Drepanocitica	<b>Si No</b>	Perdida de peso reciente	<b>Si No</b>	SIDA	<b>Si No</b>		

Espesifique alguna otra enfermedad grave la cual no se haya mencionado anteriormente \_\_\_\_\_

De mi saber y entendimiento, todas las repuestas que les eh dado son correctas. Si ubiera algun cambio en mi estado de salud o si cambiaran mis medicinas, yo la informare a la doctora y sus trabajadoras en mi siguiente cita sin faya.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fima del Proveedor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_