

INSCRIPCIÓN DE PACIENTE

Fecha de hoy: _____

El paciente es: Titular de la póliza Parte responsable

Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Ext.: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. de seguro social: _____ Licencia de conducir: _____

Correo electrónico: _____ Quisiera recibir correspondencia por correo electrónico.

Sección 2

Sección 3

Situación laboral/de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado/a

Estatus de estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial

Dentista pref.: _____ Higienista pref.: _____ Teléfono: _____

Farmacia pref.: _____ Teléfono de la farmacia: _____ Parentesco o relación con el paciente: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____

— Parte responsable (si es otra persona aparte del paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Ext.: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. de seguro social: _____ Licencia de conducir: _____

La parte responsable también es titular de la póliza del paciente Titular primario de la póliza de seguro Titular secundario de la póliza de seguro

— Información del seguro primario

Nombre de la persona asegurada: _____ Relación con la persona asegurada: Yo Cónyuge Hijo/a Otro

Núm. de seguro social de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento de la persona asegurada: _____

Empleador: _____ Cía. aseguradora: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Dirección 2: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, estado y código postal: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

— Información del seguro secundario

Nombre de la persona asegurada: _____ Relación con la persona asegurada: Yo Cónyuge Hijo/a Otro

Núm. de seguro social de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento de la persona asegurada: _____

Empleador: _____ Cía. aseguradora: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Dirección 2: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, estado y código postal: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Adams Dental Group, PA
Historial completo de salud
del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, su boca forma parte de la totalidad del cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, podrían tener una interrelación importante con el tratamiento odontológico que reciba. Le agradecemos que conteste las siguientes preguntas.

¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? Si es así, indique el nombre del médico y teléfono del consultorio.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, _____
¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido una operación importante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, especifique _____
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, _____
¿Está tomando medicamentos, píldoras o narcótico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, especifique _____
¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Tiene reflujo gástrico y/o úlceras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Alguna vez se le ha dicho que debe premedicarse con un antibiótico antes de recibir tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así ¿por qué? _____

Mujeres: ¿Es/está usted embarazada o tratando de quedar embarazada? amamantando

¿Tiene alergia a alguno de los siguientes?			
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> ¿Otras alergias?
<input type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Fármacos sulfa	<input type="checkbox"/> Si es así _____
<input type="checkbox"/> Hidrocodona	<input type="checkbox"/> Acrílico	<input type="checkbox"/> Anestésicos	_____
¿Está tomando algún medicamento que diluya la sangre/anticoagulante?			<input type="checkbox"/> ¿Otros medicamentos que diluyen la sangre/anticoagulantes
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Coumadin/Warfarin	<input type="checkbox"/> Plavix	Si es así _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez una de las siguientes afecciones?

SIDA/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento con cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía/Bypass del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se sofoca o se desalienta fácilmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema/EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o ataques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Corazón - Válvula artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trasplante de órgano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derivación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drepanocitosis o anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Latidos irregulares o arritmia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puerto central/línea intravenosa o catéter central de inserción periférica (PICC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad hepática (hígado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Xerostomía/Boca seca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Baja presión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad/Ansiedad dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Metemoglobinemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque cardíaco o insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes/afta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones mandibulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno del corazón —Congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca o problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para uso exclusivo de la oficina: PreMed	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para uso exclusivo de la oficina: No Epi	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no incluida en la lista anterior? Sí No Si es así, _____

Si contesta que "sí" indique fecha(s): Cirugía o ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, reemplazo de articulaciones, trasplante de órgano, tratamientos de cáncer: _____ Si es así, _____

Comentarios:

A mi más leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido contestadas correctamente. Entiendo que el hecho de dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de todo cambio en la situación médica

Firma del paciente, padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Adams Dental Group

Acuse de recibo del aviso sobre prácticas de privacidad

Yo _____ he recibido una copia del aviso sobre prácticas de privacidad de Adams Dental Group.
(Escriba nombre con letras de molde)

Firmado: X _____

Firma del paciente o padre/madre del paciente en caso de que este sea menor de edad

Fecha el: _____

La(s) persona(s) siguiente(s) tiene(n) mi permiso para comunicar mi información personal de salud:

Nombre: _____ Nombre: _____

CONFIRMACIÓN DE RECORDATORIOS DE CITAS:

Nos complace ofrecer el servicio de enviarle confirmaciones por correo electrónico y mensajes de texto. Verifique a continuación que tengamos su correo electrónico y número de teléfono celular correctos para que usted pueda obtener las ventajas de este servicio.

Correo electrónico: _____ (para recibir los recordatorios de citas)

Teléfono celular: _____ (para recibir los recordatorios de citas)

Iniciales del paciente _____

Políticas de programación de citas de Adams Dental Group:

Observe que: Como paciente, soy responsable de entender mi póliza de seguro y los beneficios dentales aplicables de la misma. Acepto que los pagos/copagos son pagaderos en la fecha en que se presten los servicios y que todo estimado de seguros es solo aproximado y no constituye garantía de pago por parte de mi compañía aseguradora.

Iniciales del paciente _____

Política de cancelación: Se pide dar aviso con 24 horas de anticipación, sin incluir fines de semana, cuando tenga que reprogramar o cancelar su cita dental. Las cancelaciones efectuadas el mismo día pueden originar un cargo de \$25.00 (USD) por incumplimiento de la cita.

Iniciales del paciente _____