

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental se trata primariamente en y alrededor de la área de su boca, ésta es parte de todo su cuerpo. Problemas de salud que pueda tener, o medicina que tomes, puedan tener interrelación importante con los servicios de odontología que recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

¿Esta bajo del cuidado de medico ahora mismo? O Sí O No	Si sí, explica por favor
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido operación mayor? O Sí O No	Si sí, explica por favor
¿Alguna vez ha tenido herida seria de cabeza o cuello? O Sí O No	Si sí, explica por favor
¿Esta tomando medicina, pastillas, o drogas diariamente? O Sí O No	Si sí, explica por favor
¿Toma o ha tomado, Phen-fen o Redux? O Sí O No	
¿Tiene dieta especial? O Sí O No	
¿Consume tobacco? O Sí O No	
¿Usan sustancias contraladas? O Sí O No	

Por Mujeres: ¿Está embarazada/tratando de quedar embarazada? O Sí O No	¿Esta tomando anticonceptivos orales? O Sí O No
¿Esta hacienda lactancia materna? O Sí O No	

¿Es alérgico a cualquiera de las siguientes?

Aspirina
 Penicilina
 Codeína
 Acrílico
 Metal
 Látex
 Anestesia local
 Otro Si sí, explica por favor _____

¿Tiene, o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA/Ser seropositiva	O Sí O No	Sangando Excesivo	O Sí O No	Enfermedad Pulmonar	O Sí O No
Enfermedad de Alzheimer's	O Sí O No	Sed Excesivo	O Sí O No	Prolapso de la válvula mitral	O Sí O No
Anafilático	O Sí O No	Desmayos/mareos	O Sí O No	Dolor de las articulaciones de la mandíbula	O Sí O No
Anemia	O Sí O No	Tos frecuente	O Sí O No	Enfermedad paratiroidea	O Sí O No
Angina de Pecho	O Sí O No	Diarrea frecuente	O Sí O No	Atención psiquiátrica	O Sí O No
Artritis/Gota	O Sí O No	Dolor de cabeza frecuente	O Sí O No	Tratamientos de radiación	O Sí O No
Válvula artificial de corazón	O Sí O No	Herpes genital	O Sí O No	Pérdida de peso reciente	O Sí O No
Coyuntura Artificial	O Sí O No	Glaucoma	O Sí O No	Diálisis renal	O Sí O No
Asma	O Sí O No	La fiebre del heno	O Sí O No	La fiebre reumática	O Sí O No
Enfermedad de Sangre	O Sí O No	Ataque al corazón/Insuficiencia cardiaca	O Sí O No	Reumatismo	O Sí O No
Transfusión de Sangre	O Sí O No	Soplo cardiac	O Sí O No	Escarlatina	O Sí O No
Problemas al Respirar	O Sí O No	Marempasos del corazón	O Sí O No	Culebrilla	O Sí O No
Moretones con facilidad	O Sí O No	Problemas o enfermedad de corazón	O Sí O No	Anemia de células falciformes	O Sí O No
Cáncer	O Sí O No	Hemofilia	O Sí O No	Problemas de sinusitis	O Sí O No
Quimoterapia	O Sí O No	Hepatitis A	O Sí O No	Espina Bifida	O Sí O No
Dolor en el Pecho	O Sí O No	Hepatitis B o C	O Sí O No	Enfermedad del estómago o intestinos	O Sí O No
Herpes labial/Ampollas de fiebre	O Sí O No	Herpes	O Sí O No	Ataque fulminante al corazón	O Sí O No
Desorden congénito de corazón	O Sí O No	Presión arterial alta	O Sí O No	Hinchazón de las extremidades	O Sí O No
Convulsiones	O Sí O No	Colmenas o sarpullido	O Sí O No	La enfermedad de las tiroides	O Sí O No
Medicina cortisone	O Sí O No	Hipoglucmia	O Sí O No	Amigdalitis	O Sí O No
Diabetes	O Sí O No	Latido irregular del corazón	O Sí O No	La tuberculosis	O Sí O No
Vicio de drogas	O Sí O No	Problemas de riñon	O Sí O No	Tumores o crecimientos	O Sí O No
Facilmente enrollado	O Sí O No	Leucemia	O Sí O No	Úlceras	O Sí O No
Enfisema	O Sí O No	Enfermedad hepática	O Sí O No	Enfermedades venéreas	O Sí O No
Epilepsia o convulsions	O Sí O No	Presión sanguínea baja	O Sí O No	Ictericia	O Sí O No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no es mencionada anteriormente? _____

Comentarios del doctor _____

A lo mejor de mi conocimiento, he contestado las preguntas en esta forma con precision. Entiendo que al proveer información incorrecta sepuede ser peligroso para mi salud (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad informar la oficina dental de cualquier cambio a mi estado de salud.

Firme del paciente, padre, o guardador _____ Fecha _____

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Si esta confirmación es firmada por un representante personal de parte del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Representante Personal _____

Relación al Paciente _____

Para uso del consultorio solamente

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque::

- El individuo rehusó firmar
 - Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
 - Otras (Especifique por favor)
- _____

© 2005 American Dental Association
Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal.)



BLAISDELL DENTAL CENTER, P.A.

John D. Blaisdell, DDS • Tom L. Blaisdell, DDS

1916 Ellis Avenue • Caldwell, Idaho 83605 • (208) 459-2376 • FAX (208) 459-1524
www.blaisdell dental.com

ACUERDOS FINANCIEROS

Al Respeto a los Pagos-

Se Necesita pagar su cuenta en totalidad cuando se le presenten los servicios cada cita

Aceptamos las siguientes formas de pago: Dinero, Cheque, Visa, Mastercard, American Express, y a Discover.

También ofrecemos la opción de CareCredit. Pregúntalas a nuestra coordinadora de clínica o a nuestra coordinadora de finanzas en la recepción por las detalles en cómo esta compañía puede pagar a su cuenta en totalidad y se le paga a esta compañía sobre un tiempo sin interés.

Al Respeto a la Seguridad

Su seguridad es contrato entre usted y su compañía de seguridad. Nuestra oficina no tiene parte en su contrato. Por favor tenga en cuenta que algunos, y a veces, todos los servicios que proporcionamos no se los cubre la seguridad y no se los considera usuales y razonables bajo de los términos de su seguridad. Nuestra oficina dental está comprometida a proporcionar a nuestras pacientes el mejor tratamiento posible y cobramos lo que se considera cuotas que son usuales y razonables. Solamente a usted es responsable a pagarnos lo que se nos debe sin tener en cuenta cualquier determinación arbitraria que recibe de su seguridad en cuanto a las cuotas usuales y razonables.

Como servicio gratuito a nuestras pacientes, estimaremos su responsabilidad financiera por cualquier servicio que ofrecemos. Tenga en cuenta de que sólo es una estimación de lo mejor de nuestro conocimiento que podemos determinar basado en el contrato que tiene con la compañía de seguridad.

Encantamos la oportunidad de hablar sobre lo que cobramos y cómo relatan los cargos a su situación particular. Tenemos en cuenta de que situaciones financieras temporarias puedan afectar los pagos a tiempo por su cuenta. Si se los suceda los problemas así, le animamos a contactarnos lo más pronto posible para que podamos asistirle.

He leído y entiendo la Acuerdo Financiero como se indica por encima

Fecha: _____

PATIENT REGISTRATION

ID:

Chart ID:

First Name:

Last Name:

Middle Initial:

Patient Is: Policy Holder Responsible Party

Preferred Name:

Responsible Party (if someone other than the patient)

First Name:

Last Name:

Middle Initial:

Address:

Address 2:

City, State, Zip:

Pager:

Home
Phone:

Work Phone:

Ext:

Cellular:

Birth Date:

Soc Sec:

Drivers Lic:

Responsible Party is also a Policy Holder for Patient

Primary Insurance Policy Holder

Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address:

Address 2:

City:

State / Zip:

Pager:

Home
Phone:

Work Phone:

Ext:

Cellular:

Sex: Male Female

Marital Status: Married Single Divorced Separated Widowed

Birth Date:

Age:

Soc Sec:

Drivers Lic:

E-mail:

I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Section 3

Employment Status: Full Time Part Time Retired

NO Nitrous

Student Status: Full Time Part Time

Medicaid ID:

Pref. Dentist:

Employer ID:

Pref. Pharmacy:

Carrier ID:

Pref. Hyg:

Primary Insurance Information

Name of Insured:

Relationship to Insured: Self Spouse Child Other

Insured Soc. Sec:

Insured Birth Date:

Employer:

Ins. Company:

Address:

Address:

Address 2:

Address 2:

City, State, Zip:

City, State, Zip:

Rem. Benefits:

Rem. Deduct:

Secondary Insurance Information

Name of Insured:

Relationship to Insured: Self Spouse Child Other

Insured Soc. Sec:

Insured Birth Date:

Employer:

Ins. Company:

Address:

Address:

Address 2:

Address 2:

City, State, Zip:

City, State, Zip:

Rem. Benefits:

Rem. Deduct: