

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo _____ Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____
 (Por favor marque su respuesta) Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
 Dirección de Correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Área postal _____
 Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Área postal _____
 Teléfono del Trabajo _____ Teléfono de la Casa _____ Teléfono Celular _____
 Empresa donde trabaja o nombre de su jefe _____
 Dirección del Trabajo _____
 Número de Seguro Social _____ Dirección del Correo Electrónico _____
 Nombre de los miembros de su familia que son pacientes de nosotros _____
 A quién debemos agradecerle por haberle recomendado nuestra oficina? _____
 A quién debemos avisar en caso de emergencia?
 1) Nombre _____ Teléfono _____ 2) Nombre _____ Teléfono _____

PERSONA RESPONSABLE FOR ESTA CUENTA

(Si el paciente es menor de edad, por favor complete las siguientes dos secciones con la información de los padres del menor)

Nombre _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba) _____
 Empresa donde trabaja _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección de la oficina _____
 Teléfono del Trabajo _____ Teléfono de la Casa _____ Teléfono Celular _____

ESPOSO/ESPOSA DEL PACIENTE O EL OTRO PADRE DEL MENOR

Nombre _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba) _____
 Empresa donde trabaja _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección de la oficina _____
 Teléfono del Trabajo _____ Teléfono de la Casa _____ Teléfono Celular _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Día de efectividad _____	Seguro Médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Día de efectividad _____
Nombre del Titular _____	Nombre del Titular _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nacimiento _____
Empresa donde trabaja _____	Empresa donde trabaja _____
Compañía de Seguro _____	Compañía de Seguro _____
Grupo# _____ Seguro Social/Contrato# _____	Grupo# _____ Seguro Social/Contrato# _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Seguro Dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Día de efectividad _____	Seguro Médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Día de efectividad _____
Nombre del Titular _____	Nombre del Titular _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nacimiento _____
Empresa donde trabaja _____	Empresa donde trabaja _____
Compañía de Seguro _____	Compañía de Seguro _____
Grupo# _____ Seguro Social/Contrato# _____	Grupo# _____ Seguro Social/Contrato# _____

POR FAVOR CONTINUE EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Fecha de la última cita médica _____

Está tomando algún medicamento en este momento? (con o sin prescripción médica) _____ SI _____ NO

Si respondió si, escríbalos: _____

Está embarazada? Si No Está tomando hormonas? Si No Está tomando pastillas para control de embarazo? Si No

Alguna vez ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades? (por favor haga un círculo alrededor)

Alcoholismo

Desórdenes del crecimiento

Enfermedad cardíaca reumática

Anemia

Pérdida de audición

Fiebre reumática

Problemas de coagulación

Paro cardíaco

Convulsiones

Enfermedades crónicas

Soplo cardíaco

Anemia falciforme

inflamatorias como por

Hepatitis

Sinusitis

ejemplo: Lupus

Herpes(ampollas en el labio)

Enfermedades de la piel

Remplazo de articulación

Presión alta

Enfermedades del estómago o del
intestino

Artritis

Enfermedades del riñón

Derrame cerebral

Asma

Leucemia

SIDA

Desórdenes en los huesos

Enfermedades del hígado

Enfermedad de la tiroides

Cáncer

Presión baja

Tuberculosis

Diabetes o problemas de azúcar

Prolapso de válvula mitral

Úlceras

Abuso o tratamiento de drogas

Ansiedad o nerviosismo

Enfermedades venéreas

Problemas emocionales

Cirugías de corazón abierto

Enfisema

Marcapasos

Dolores de cabeza frecuentes

Uso de drogas recreacionales

Tiene alguna historia de alergias a:

MEDICAMENTOS (CON O SIN PRESCRIPCIÓN) Si No Cuáles? _____

ANESTESIA LOCAL Si No _____

OTROS (comidas, respiratorias, flúor, etc) Si No _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SU SALUD QUE NOSOTROS DEBERÍAMOS SABER: _____

Alguna vez ha tenido reacciones adversas a cualquier droga o anestesia? Si No _____

Hay alguna otra información sobre su salud que nosotros deberíamos saber? Si No _____

HISTORIA DENTAL

Nombre de su dentista anterior _____ Fecha de su última cita _____

Dirección _____ Teléfono _____

Usted quiere atención dental completa? Si No Un estimado del costo del tratamiento se le será entregado.

Cuál es la razón de su visita? _____

Por favor agregue cualquier información que usted piense que es importante que su doctor sepa: _____

PAGO DE TARIFAS PROFESIONALES

El pago es esperado al momento del servicio. Para su conveniencia, aceptamos VISA y MASTERCARD. Nuestra oficina enviará los reclamos a su compañía de seguro. Un cargo al servicio del 1 ½ % será agregado a todo balance de 90 días o más. El cargo de tasa anual del servicio es del 18%.

Yo entiendo que Virginia Family Dentistry, P.C., hará todos los esfuerzos para cobrar a mi compañía de seguro por el tratamiento recibido. Por la presente autorizo a Virginia Family Dentistry, P.C., proporcionar la información necesaria a la compañía de seguro sobre mi tratamiento y enviar al dentista todos los pagos por los servicios dentales proporcionados a mí y a mis dependientes. También es de mi conocimiento que si mi balance es transferido a un abogado o a una agencia de colección de deudas, yo soy responsable del 30% del pago del abogado o de la agencia de colección sobre la deuda no cancelada.

Fecha _____ Firma _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____