



¡SMILE CONCEPT LE DA LA BIENVENIDA!

Para ayudarnos a cubrir sus necesidades dentales, por favor complete este formulario a mano. En caso de tener alguna pregunta, por favor diríjase a la recepción y gustosamente le atenderemos. ¡Gracias por ser nuestro paciente!

1. Información del Paciente

Nombres _____ Apellidos _____ IM _____
Nombre de Preferencia _____ Título _____
Hombre Mujer Soltero Casado Otro
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
Lic. de Conducir _____ Estado _____ (Se requiere fotocopia)
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono Móvil _____
Correo Electrónico 1 _____ Correo Electrónico 2 _____
Ocupación _____
Empleador _____ Teléfono de Oficina _____
Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____
¿Cómo supo de nosotros? _____

2. Información del Seguro

Seguro Dental Primario

Nombre del Asegurado _____ SSN/ID _____ NAC _____
Empleador _____ Compañía de Seguro _____
Teléfono _____ Número de Grupo _____
Relación con el Paciente _____

Seguro Dental Secundario

Nombre del Asegurado _____ SSN/ID _____ NAC _____
Empleador _____ Compañía de Seguro _____
Teléfono _____ Número de Grupo _____
Relación con el Paciente _____

Responsabilidad y Autorización

El que suscribe, certifico que yo (o mi dependiente), tengo cobertura por la compañía aseguradora nombrada y asigno directamente que todos los beneficios de seguro disponibles sean pagados a esta oficina, o caso contrario yo seré responsable por el balance. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no cubra el seguro. Autorizo a esta oficina para suministrar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todas las cuentas del seguro.

Firma del Responsable _____

Relación con el Paciente _____ Fecha _____

3. Historia Médica e Información

	SI	NO		SI	NO
TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C (Especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulación(es) Artificial(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión Sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden Sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de Drogas/Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETS/Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes Labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Zóster / Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza / Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Habla/Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH+ /SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alergias		SI	NO
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Analgésicos Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Solamente Mujeres

¿Utiliza usted anticonceptivos? SI NO

¿Está embarazada? SI NO

Si es así, ¿de cuántas semanas? _____

¿Está dando de lactar? SI NO

¿Está bajo alguna terapia hormonal? SI NO

¿Fuma cigarrillos o tabaco? _____

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento que contenga biofosfonatos? _____

Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando: _____

Autorización de Tratamiento

Autorizo al equipo de SMILE CONCEPT a realizar los tratamientos dentales que pueda necesitar, los mismos que he consentido durante diagnóstico y tratamiento, incluyendo el uso de anestesia local y otros medicamentos. Certifico que la información medica provista en esta página es actual y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Acta Para Prácticas Privadas

Por la presente confirmo que se me ha entregado una copia de la poliza de privacidad de la practica (HIPPA). He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de este Documento.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Autorización Para Compartir Información Médica

- YO NO** autorizo a esta oficina a compartir informacion sobre mi salud, a excepción de mi compañía de seguros.
- Yo autorizo a esta oficina a compartir información sobre mi salud con estas personas además de mi compañía de seguros:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____