



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo: _____ Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Transgénero No binario Prefiero no decirlo Pronombre preferido: El Ella Ellos/Ellas (Elles)

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Dirección de Correo: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____

Dirección Física: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____

Telé. del Trabajo: _____ Telé. de la Casa: _____ Telé. Celular: _____

Número de Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____

Empresa donde trabaja o nombre de su jefe: _____

Dirección del Trabajo: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____

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: _____ Telé.: _____ Relación con paciente: _____

2) Nombre: _____ Telé.: _____ Relación con paciente: _____

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 paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo (Si es diferente de arriba): _____ Apt. # _____

Empresa donde trabaja: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección del Trabajo: _____

Telé. de la Casa: _____ Telé. del Trabajo _____ Telé. Celular _____

ESPOSO/ESPOSA DEL PACIENTE O EL OTRO PADRE DEL MENOR

Nombre _____ Relación con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo (Si es diferente de arriba): _____ Apt. # _____

Empresa donde trabaja: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección del Trabajo: _____

Telé. de la Casa: _____ Telé. del Trabajo _____ Telé. Celular _____

POR FAVOR CONTINUE EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA...



Virginia Family Dentistry

A TEAM APPROACH TO DENTAL CARE

INFORMACIÓN DEL SEGURO

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Seguro Dental: Sí No Fecha de efectividad: _____ Seguro Medicó: Sí No Fecha 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 No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____ Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Seguro Dental: Sí No Fecha de efectividad: _____ Seguro Medicó: Sí No Fecha 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 No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____ Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA

Estamos muy felices de ser parte de su salud y cuidado dental, y de haber reservado el tiempo para su cita. Nosotros entendemos que algunas veces es necesario cancelar o cambiar su cita. Si por cualquier motivo usted no puede mantener su cita programada con nuestra oficina, y en consideración con otros que también necesitan el cuidado, por favor tenga en cuenta nuestra póliza de cancelación de citas:

Nuestra oficina requiere por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar su cita. Si usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se cobrarán \$100.00 por cada hora.

Fecha: _____ Firma del Paciente (o persona responsable) _____

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 del Paciente (o persona responsable) _____



HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
Fecha de la última cita médica: _____

MEDICAMENTOS

¿Está tomando algún medicamento en este momento? (con o sin prescripción médica) Sí No
Si respondió *sí*, escríbalos: _____
¿Tomas medicamentos que diluyen la sangre? (Aspirina, Eliquis, Xarelto, Coumadin, Plavix)? Sí No
¿Ha tomado medicamentos para la osteoporosis, en tabletas o inyecciones? (Actonel, Fosamax, Boniva, Reclast, Aredia)? Sí No
¿Está tomando medicamentos inmunosupresores o recibiendo quimioterapia? Sí No
¿Le ha dicho un médico que tome un antibiótico antes de las citas con el dentista? Sí No

ALERGIAS

¿Tiene alergia o ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes?
 Penicilina Codeína Ibuprofeno Sulfa Droga Látex Anestesia Local Metálico/Níquel Otro: _____

CONDICIONES

Está embarazada? Sí No ¿Estas lactando? Sí No
¿Usa tabaco? Frecuentemente Ocasionalmente Nunca Si es así, ¿qué forma? Cigarillos Vapear Sin humo
¿Bebe alcohol? Frecuentemente Ocasionalmente Nunca ¿Usa marihuana? Frecuentemente Ocasionalmente Nunca
¿Ha tenido o está recibiendo tratamiento de radiación en la cabeza y el cuello? Sí No

Por favor, marque todo lo siguiente que corresponda:

<input type="checkbox"/> Paro cardíaco, fecha: _____	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral, date: _____	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Hepatitis, tipo: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Enfermedad de uso de drogas
<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH positivo
<input type="checkbox"/> Problemas de coagulación	<input type="checkbox"/> Cáncer, tipo: _____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación, fecha: _____
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Válvula artificial de corazón
<input type="checkbox"/> Información adicional sobre su salud: _____		

HISTORIA DENTAL

Nombre de su dentista anterior: _____
¿Cuándo fué su última cita? Antes 6 meses 6 meses a 1 año 1 – 2 años Más de 2 años
¿Cuál es la razón de su visita? _____
¿Está ansioso por el tratamiento dental? Sí No En caso afirmativo, ¿está interesado en el óxido nítrico o sedación? Sí No
¿Estás interesado en alguno de los siguientes tratamientos cosméticos? Blanqueamiento Ortodoncia/Invisalign Carillas dentales
¿Utiliza algún aparato bucal? Férula dental de descanso Retenedor dental Aparato para apnea del sueño

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CREE QUE DEBERÍAMOS SABER

Fecha: _____ Firma: _____