

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Sr. Sra. Srta. Dr. Nombre _____ 2.º _____ Apellido _____
 Género: M F Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Seg. Soc. # _____ Correo elec. _____
 Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Tel. (____) _____ Móvil (____) _____ ¿Alguna vez ha sido paciente nuestro? Sí No
 Remitido/a por _____ ¿Algún familiar ha sido paciente nuestro? Sí No
 Dentista _____ Ortodoncista _____
NOMBRE APELLIDO NOMBRE APELLIDO
 Médico Dr. _____ Farmacia preferida _____ Tel. (____) _____
NOMBRE APELLIDO
 Lic. de conducir # _____ Pariente más cercano que no viva con usted _____ Tel. (____) _____
NOMBRE APELLIDO
 Empleador _____ Tel. Trab. (____) _____ Tipo de pago: Efectivo Cheque TC
 En caso de emergencia, póngase en contacto con _____ Tel. (____) _____ Relación _____

QUIÉN SERÁ RESPONSABLE DE SU CUENTA:

Yo mismo/a (Si es usted mismo/a, omita esta sección) Cónyuge Padre Madre Otro _____
 Nombre _____ S. S.# _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
NOMBRE APELLIDO
 Tel. (____) _____ Móvil (____) _____ Correo electrónico _____
 Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Lic. de conducir # _____ Empleador _____ Tel. Trab. (____) _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE U OTRO GARANTE: (SI ES DIFERENTE DE LO ANTERIOR)

Nombre _____ Relación _____ S. S.# _____ Fecha de nacimiento _____
NOMBRE APELLIDO
 Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Tel. (____) _____ Empleador _____ Tel. Trab. (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Estudiante: . . . Tiempo Tiempo parcial No escuela Nombre y dirección de la escuela _____
Estado civil: . . . Casado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a Separado/a legalmente
Empleado: Tiempo Tiempo parcial Jubilado/a No ¿Pertenece a un PPO o HMO? Sí No
NOMBRE DE LA ESCUELA DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.

COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTALES PRIMARIA:

Empleador _____
 Dirección de trabajo _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. Trab. (____) _____ Plan _____
 Nombre Cía. Seg. _____ Id. # _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
 Grupo # _____ Parte asegurada _____
NOMBRE APELLIDO
 Relación _____ Fec. nac. _____ Género: M F
 S. S. # _____ Tel. (____) _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.

COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS PRIMARIA:

Empleador _____
 Dirección de trabajo _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. Trab. (____) _____ Plan _____
 Nombre Cía. Seg. _____ Id. # _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
 Grupo # _____ Parte asegurada _____
NOMBRE APELLIDO
 Relación _____ Fec. nac. _____ Género: M F
 S. S. # _____ Tel. (____) _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.

COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTALES SECUNDARIA:

Empleador _____
 Dirección de trabajo _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. Trab. (____) _____ Plan _____
 Nombre Cía. Seg. _____ Id. # _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
 Grupo # _____ Parte asegurada _____
NOMBRE APELLIDO
 Relación _____ Fec. nac. _____ Género: M F
 S. S. # _____ Tel. (____) _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.

COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS SECUNDARIA:

Empleador _____
 Dirección de trabajo _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. Trab. (____) _____ Plan _____
 Nombre Cía. Seg. _____ Id. # _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.
 Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
 Grupo # _____ Parte asegurada _____
NOMBRE APELLIDO
 Relación _____ Fec. nac. _____ Género: M F
 S. S. # _____ Tel. (____) _____
 Dirección _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO C.P.

HISTORIAL DE SALUD:

A nuestros pacientes: Aunque los cirujanos bucales tratan principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la atención que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? _____

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Altura _____ Peso _____ ¿Tiene buena salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está bajo algún cuidado médico?..... Fecha de la última visita _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿para qué está siendo tratado? _____ | | |
| 4. ¿Ha tenido alguna enfermedad, operación u hospitalización en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, descríbala _____ | | |
| 5. ¿Tiene lesiones no cicatrizadas/recurrentes o áreas inflamadas, crecimientos o llagas en o alrededor de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, describa dónde _____ | | |
| 6. ¿Tiene una articulación/implante protésico? Si es así, describa dónde _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido un reemplazo de válvula cardíaca o un injerto vascular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez se ha sometido a anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Usted o un familiar han tenido alguna reacción inusual o grave a la anestesia general?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Un médico o dentista anterior le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE:	SÍ	NO	NOTAS
11. Fiebre reumática			
12. Válvulas cardíacas dañadas/prolapso de la válvula mitral			
13. Soplo cardíaco			
14. Presión arterial alta			
15. Presión arterial baja			
16. Dolor de pecho/angina de pecho			
17. Ataque(s) al corazón			
18. Latidos cardíacos irregulares			
19. Marcapasos cardíaco			
20. Cirugía cardíaca			
21. Neumonía, bronquitis, tos crónica			
22. Asma			
23. Fiebre del heno/problemas de los senos nasales			
24. Ronquidos			
25. Apnea del sueño/CPAP			
26. Dificultad para respirar/otros problemas pulmonares			
27. Tuberculosis			
28. Enfisema			
29. ¿Fuma o vapea? Si es así, cuánto al día _____			
30. ¿Mastica tabaco?			
31. ¿Ha recibido una transfusión de sangre?			
32. ¿Tiene trastorno de la sangre como anemia?			
33. ¿Le salen moretones con facilidad?			
34. Tendencia al sangrado/sangrado anormal			
35. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática			
36. Mononucleosis infecciosa			
37. Problemas de vesícula biliar			

HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE:	SÍ	NO	NOTAS
38. Desmayos			
39. Convulsiones/epilepsia			
40. Accidente cerebrovascular			
41. Problemas de tiroides			
42. Diabetes			
43. Bajo nivel de azúcar en la sangre			
44. Problemas renales			
45. Colesterol alto			
46. ¿Está en diálisis?			
47. Tobillos hinchados artritis/enfermedad de las articulaciones			
48. Osteoporosis/osteopenia			
49. Osteonecrosis			
50. Reflujo estomacal/acidez			
51. Enfermedades contagiosas			
52. Enfermedades de transmisión sexual			
53. Problemas con el sistema inmunológico. Posiblemente de medicamentos/cirugía, etc.			
54. Retraso en la curación			
55. Un tumor o crecimiento			
56. Cáncer/radioterapia/quimioterapia			
57. Fatiga crónica/sudores nocturnos			
58. ¿Está a dieta?			
59. ¿Tiene algún historial de abuso de alcohol?			
60. ¿Tiene antecedentes de consumo de marihuana u otras drogas?			
61. ¿Usa lentes de contacto?			
62. Enfermedad ocular/glaucoma			
63. Problemas de salud mental/ansiedad/depresión			
64. ¿Tiene algún aparato dental removible?			
65. ¿Tiene dolor o chasquido de mandíbulas al comer?			

TARIFAS Y PAGO

Valley Oral Surgery trabaja con muchos planes de seguro y presentará su solicitud por usted. El seguro varía significativamente de un empleador a otro y de un plan a otro. Como cortesía para nuestros pacientes, Valley Oral Surgery se comunicará con su compañía de seguros para establecer una estimación de los beneficios, deducibles o copagos en función del plan de tratamiento propuesto. La información que nos proporciona su compañía de seguros es una estimación y no garantiza la cobertura o el pago.

Tenga en cuenta que es posible que su compañía de seguros no cubra o considere médicamente necesarios algunos procedimientos. En el momento de su consulta, se discutirán abiertamente los arreglos financieros. Tenga en cuenta que las obligaciones financieras por el tratamiento prestado son responsabilidad del paciente.

Los pacientes con contratos de atención administrada pueden necesitar obtener una derivación de su médico de atención primaria.

Para su comodidad, aceptamos los siguientes métodos de pago: efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit.

X _____ X _____
Firma del paciente: *(padre o tutor si es menor de edad)* **Fecha**

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi cirujano/a y a su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial con el fin de diagnosticar y planificar el tratamiento. Además, autorizo la toma de todas las radiografías requeridas como parte necesaria de esta evaluación. Además, si es médicamente necesario, autorizo la divulgación de cualquier información adquirida en el curso de mi evaluación y tratamiento a mis otros médicos o compañías de seguros. Permiso que se envíen mensajes a mi teléfono con respecto a mi cita.

X _____ X _____ X _____
Firma del paciente: *(padre o tutor si es menor de edad)* **Medico/a** **Fecha**

Por la presente, reconozco que se me ha puesto a disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a este Aviso.

X _____ X _____
Firma del paciente: *(padre o tutor si es menor de edad)* **Fecha**

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Es la política de la oficina de Valley Oral Surgery, PC y el personal no divulgar información confidencial o no autorizada por teléfono residencial, contestador automático, teléfono del trabajo, correo de voz o teléfono celular. Siempre que se devuelvan llamadas y el contestador automático conteste, no dejaremos ningún mensaje si el nombre o el número de teléfono no están en el mensaje grabado para identificar al paciente. Además, la información no se dejará con una persona no autorizada que pueda contestar el teléfono.

Autorizo a Valley Oral Surgery, PC o su personal a dejar información médica relacionada con mi atención por los siguientes métodos y asumiré la responsabilidad de notificarles cada vez que esta información cambie:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono (____) _____ | <input type="checkbox"/> Contestador automático (____) _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo (____) _____ | <input type="checkbox"/> Correo de voz (____) _____ |
| <input type="checkbox"/> Móvil, mensajes de texto o correo de voz () _____ | <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ |

Si desea que la información se divulgue a alguien que no sea usted, complete lo siguiente: Enumere los nombres de las personas autorizadas:

Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____

Para que podamos administrar/dar servicio a su cuenta o cobrar el dinero que pueda deber, Valley Oral Surgery o nuestros agentes pueden comunicarse con usted por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta, incluido el teléfono móvil, lo que puede generar cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

X _____ X _____ X _____
Nombre del paciente: *(padre o tutor si es menor de edad)* **Nombre del paciente:** *(padre o tutor si es menor de edad)* **Fecha**