

▶ **Por favor llene completamente, guardar y enviar a careendodontic@yahoo.com**
Su firma será recogida en nuestra oficina.

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____ Ocupacion _____

SS o Id del Paciente _____ Empleado del Paciente/Escuela _____

Nombre del paciente _____ Direccion del Empleado/Escuela _____

Si Menor, Nombre de Guardian _____

Direccion _____ Numero del Empleado/Escuela _____

Ciudad _____ Nombre del Conyuge _____

Estado _____ Codigo Postal _____ Dia de nacimiento _____ SS# _____

Numero de licencia _____ Ocupacion _____

El Sexo M F Edad _____ Dia de Nacimiento _____ Empleado del Conyuge _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado Companero _____

Quien es su dentista general? _____

SEGURO DENTAL

Nombre del Suscriptor _____ Es el paciente cubierto por un seguro secundario? Si No

Relacion con el Paciente _____ Nombre del Suscriptor _____

Dia De Nacimiento _____ SS# _____ Relacion con el Paciente _____

Co. de Seguro. _____ Dia De Nacimiento _____ SS# _____

de Grupo# _____ de telefono del seguro.# (_____) _____ Co. de Seguro. _____

de Grupo# _____ de telefono del seguro# (_____) _____

NUMEROS DE TELEFONO

Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____

Conyuge's trabajo (_____) _____ Mejor momento y el lugar para llegar a usted _____

Encaso de emergencia, pongase en contacto

Nombre _____ Relacion _____

Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____

HISTORIA DENTAL

Por favor marque si o no para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes

Respirar por la boca	Si	No
Dolor en la boca	Si	No
Dolor alrededor de la oreja	Si	No
Tratamiento periodontal	Si	No
Sensibilidad al frio	Si	No
Sensibilidad al calor	Si	No
Sensibilidad al dulce	Si	No
Sensibilidad al morder	Si	No
Heridas o tumores en la boca	Si	No
Ha tenido usted un tratamiento de root canal antes?	Si	No
En caso afirmativo, cuando?		

Alguna vez has tenido complicaciones despues del tratamiento dental? Si No

Explica _____

Usted necesita ser medicado con un antibiotico antes del tratamiento dental? Si No

HISTORIA MEDICA

Nombre del Dr. Medico _____ Ultima Visita _____

Numero del Telefono (____) _____ Pharmacia _____ Numero del Telefono (____) _____

Por favor marque si o no para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA	Si	No	Alta presion arterial	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Anemia	Si	No	HIV positivo	Si	No	Tumores o Crecimientos	Si	No
Artritis/Reumatismo	Si	No	Ictericia	Si	No	Ulcera	Si	No
Asma	Si	No	Enfermedad de rinon	Si	No	Enfermedades Venereas	Si	No
Problemas de espalda	Si	No	Enfermedad de higado	Si	No			
Cancer	Si	No	Presion Sanguinea baja	Si	No	Alguna vez has tenido o ha sido diagnosticado con:		
Dependencia Quimica	Si	No	Problemas Nerviosos	Si	No			
Quimioterapia	Si	No	Atencio Psiquiatrica	Si	No			
Problemas Circulatorios	Si	No	Tratamiento de Radiacion	Si	No	Valvulas de corazon artificiales	Si	No
Tratamiento de Cortisona	Si	No	Enfermedades Respiratorias	Si	No	Articulaciones artificiales,		
Tos Persistente o con Sangre	Si	No	Escarlatina	Si	No	tornillos pernos, etc.	Si	No
Diabetis	Si	No	Falta de Aliento	Si	No	Sangrando anonnal, con		
Enfisema	Si	No	Problemas de Sinusitis	Si	No	extracciones o cirugia	Si	No
Epilepsia	Si	No	Erupcion de la Piel	Si	No	Enfermedad de la Sangre	Si	No
Desmayos o Marcos	Si	No	Dicta especial/Perdida de peso	Si	No	Lesiones cardiacas congenitas	Si	No
Glaucoma	Si	No	Derrame Cerebral	Si	No	Soplo Cardiaco	Si	No
Dolor de Cabeza	Si	No	Pies o Tobillos Hinchados	Si	No	Reparacion de la Hernia	Si	No
Problemas del Corazon	Si	No	Glandulas del Cuello Inflamadas	Si	No	Prolapso de la Valvula Mitral	Si	No
Tipo de Hepatitis	Si	No	Problemas de la Tiroides	Si	No	Marcapasos	Si	No
Herpes	Si	No	Amigdalitis	Si	No	Fiebre Reumatica	Si	No

Alguna vez ha sido hospitalizado o Tienes otros problemas de salud ?

Si No

En caso afirmativo, por favor describa _____

Mujeres: Estas usted embarazada?

Si No

Para cuando esperas o tiene fecha _____

Estas usted de enfermeria

Si No

Tomas pastillas anticonceptivas

Si No

Alguna vez has tenido alguno de los medicamentos?

Diluyentes de la Sangre Si No

Coumadin Si No

Warfarin Si No

Medicamentos para la dieta Si No

Dexfenfluramine Si No

Fen-phen Si No

Pondimin Si No

Redux Si No

Levoxyl Si No

Synthroid Si No

Es usted alergico a:

Aspirina Si No

Barbiturico Si No

Codeina Si No

Ibuprofen Si No

Latex Si No

Anestesia Local Si No

Metal Si No

Penicilina Si No

Otro _____

Por favor escriba todos los medicamentos tomando ahora: _____

Firma

Yo certifico que yo, y mis dependientes tienen cobertura de seguro con _____ y a signar directamente a

Dr. _____ todos los beneficios del seguro si alguno, de otro modo pagadero a mi para los servicios requeridos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas presentaciones de seguros. El medico nombrado arriba puede utilizar mi informacion de salud y podra revelar dicha informacion a los seguros mencionados anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y seguros determinate de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos para servicios relacionados. Este consentimiento se acabara cuando mi plan de tratamiento actual se complete o un ano desde la fecha de la firma de abajo.

Firma

Fecha



Practice Limited to Endodontics

1. I understand that I am completely responsible for the full cost of root canal treatment performed in this office, and that if I have dental insurance, my co-payment is expected to be paid before root canal treatment has been completed.
2. I understand that all of the information about my dental insurance must be given or made available to Care Endodontics, if I expect my dental insurance to cover its portion of my treatment.
3. I understand that a monthly finance charge of 1.5% will be added to any unpaid balance and that I will be fully responsible for any collection fees if my unpaid balance has been turned over to a collection agency or attorney.
4. I understand that I am responsible for calling this office in advance if I cannot keep my scheduled dental appointment, and that I may be charged a \$40.00 fee.
5. I understand that if I arrive 30 minutes past my scheduled appointment, I might have to wait that day for treatment or be rescheduled for another day.
6. I understand that I will be held responsible for any damages caused to the office or equipment by me or anyone else who is accompanying me.
7. I understand that I may not eat or drink in the waiting room.

My signature below affirms that I understand and agree to the conditions listed above.

Patient Signature (Parent or Guardian, if minor)

Date

Acknowledgment of Receipt of Privacy Practices

I, _____ have received a copy of Care Endodontics' Notice of Privacy Practices with an effective date of April 14, 2003.

Signature of Patient _____

Date

Signature of Witness _____

(Staff or Employees of Care Endodontics)