



Información del Paciente

Gracias por elegir nuestro consultorio dental. Por favor, llene este formulario lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados en ayudarlo.

(Use letra de molde)

Nombre: [] Dr. [] Sr. [] Sra. [] Srta. [] Rdo. [] Otro:
Dirección:
Ciudad Estado Código Postal
Empleador
Es usted: [] Menor [] Casado/a [] Soltero/a [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Separado/a
SSN Fecha de nacimiento
Numero de licencia:
Nombre de conyugue:
Occupacion de conyugue:
El/La paciente es estudiante tiempo completo? [] No [] Sí: Nombre de escuela:

Persona Responsable (si usted es responsable no llene esta seccion)

Nombre:
Dirección:
Ciudad Estado Código Postal:
SSN Fecha de nacimiento

Sus Preferencias:
Prefiere recordatorios de cita en forma de: [] Correo Electronio [] Teléfono [] Texto
Prefiere recibir llamadas de nuestra oficina a su: [] Casa [] Trabajo [] Celular
¿A quien podemos agradecer por invitarle?
¿Como le gustaria que nuestro equipo lo/a llamarán?

Información de Seguro

SEGURO MEDICO:

Nombre del suscriptor:
Relacion al paciente:
Fecha de nacimiento
SSN del Suscriptor
Compañía de Seguro # de Poliza # de Grupo

SEGURO DENTAL:

Nombre del suscriptor:
Relacion al paciente:
Dirección Ciudad Estado Código Postal
Fecha de nacimiento
SSN del Suscriptor
Compañía de Seguro # de Poliza Fecha de Vigencia

¿TIENE SEGURO DENTAL ADICIONAL? [] No [] Sí Si sí, por favor de llenar lo siguiente:

Nombre del suscriptor:
Relacion al paciente:
Dirección Ciudad Estado Código Postal
Fecha de nacimiento
SSN del Suscriptor
Compañía de Seguro # de Poliza Fecha de Vigencia

X
Firma de Persona Responsable

Fecha

Nombre de Paciente



Historial Médico y Consentimiento

Peso actual: _____ libras

Altura: _____ pies _____ pulgadas

Circule la respuesta apropiada (deje en blanco si no entiende la pregunta)

- Sí / No ¿Está siendo tratado por un médico ahora? Si **Sí**, explique _____
- Sí / No ¿Ha ido al hospital o a la sala de emergencias o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?
Si **Sí**, explique _____
- Sí / No ¿Ha tenido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello? Si **Sí**, explique _____
- Sí / No ¿Está tomando medicamentos o suplementos? Si **Sí**, explique _____
- Sí / No ¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?
- Sí / No ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel o otro medicamento que contenga bifosfonatos?
- Sí / No ¿Esta en una dieta especial? Si **Sí**, explique _____
- Sí / No ¿Usa tabaco? Si **Sí**, cuantos paquetes por día semana mes? _____
- Sí / No ¿Usa cigarrillos electronicos?
- Sí / No ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si **Sí**, cuantas bebidas por día semana mes? _____
- Sí / No ¿Utiliza drogas recreativas?
- Sí / No ¿Alguna vez ha tenido que pre-medicar con antibiótico antes de tratamiento dental?

Solo Mujeres (Por favor circule Sí or No para cada opcion)

- Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si **Sí**, ¿Cuantos meses? _____
- Sí / No ¿Está usted amamantando?
- Sí / No ¿Esta usted tomando pastillas anticonceptivas?

Allergies

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Codeína	Sí / No	Acrílico	Sí / No	Látex
Sí / No	Penicilina	Sí / No	Anestésicos Locales	Sí / No	Metales	Sí / No	Sulfamidas
Sí / No	Otro	Si sí, por favor explique:					

¿Tiene o ha tenido alguno de las siguientes? (Por favor circule Sí or No para cada opcion)

Sí / No	VIH/SIDA	Sí / No	Medicina de la Cortisona	Sí / No	Hemofilia	Sí / No	Tratamientos de Radiación
Sí / No	Alzheimer	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Hepatitis A	Sí / No	Pérdida de Peso Reciente
Sí / No	Anafilaxia	Sí / No	Drogadicción	Sí / No	Hepatitis B or C	Sí / No	Diálisis Renal
Sí / No	Anemia	Sí / No	Fácilmente Sinuoso	Sí / No	Herpes	Sí / No	Fiebre Reumática
Sí / No	Angina	Sí / No	Enfisema	Sí / No	Alta Presion Sanguinea	Sí / No	Reumatismo
Sí / No	Artritis/Gota	Sí / No	Epilepsia o Convulsiones	Sí / No	Colesterol Alto	Sí / No	Fiebre Escarlata
Sí / No	Válvula Caradiaca Artificial	Sí / No	Sangrado Excesivo	Sí / No	Urticaria o Erupción Cutánea	Sí / No	Zona de Matojos
Sí / No	Artificial Joint(s)	Sí / No	Sed Excesiva	Sí / No	Hipoglucemia	Sí / No	Enfermedad de Célula Falcífome
Sí / No	Asma	Sí / No	Desmayos/ Mareos	Sí / No	Latido del Corazón Irregular	Sí / No	Problemas Sinusales
Sí / No	Enfermedad de la Sangre	Sí / No	Tos Frecuente	Sí / No	Problemas de Riñon	Sí / No	Espina Bífida
Sí / No	Transfusión de Sangre	Sí / No	Diarrea Frecuente	Sí / No	Leucemia	Sí / No	Problemas Estomacales/Intestinales
Sí / No	Problemas Respiratorios	Sí / No	Urinación Freguente	Sí / No	Enfermedad del Hígado	Sí / No	Infarto
Sí / No	Fácilmente Abollado	Sí / No	Herpes Genital	Sí / No	Presión Arterial Baja	Sí / No	Hinchazón de los Miembros
Sí / No	Cancer	Sí / No	Glaucoma	Sí / No	Enfermedad Pulmonar	Sí / No	Enfermedad de Tiroides
Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Fiebre de Heno	Sí / No	Mitral Valve Prolapse	Sí / No	Amigdalitis

CONFIDENCIAL

¿Tiene o ha tenido alguno de las siguientes? (continuado)

Sí / No	Dolores de Pecho	Sí / No	Ataque al Corazón/Fracaso	Sí / No	Osteoporosis	Sí / No	Tuberculosis
Sí / No	Llegas de Fiebre / Ampollas de Fiebre	Sí / No	Murmullo del Corazon	Sí / No	Dolores en las Articulaciones de la Mandíbula	Sí / No	Úlceras
Sí / No	Trastorno Congénito del Corazón	Sí / No	Marcapasos Cardíaco	Sí / No	Enfermedad Paratiroidea	Sí / No	Enfermedad Venérea
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Enfermedad del Corazón	Sí / No	Cuidado Psiquiátrico	Sí / No	Ictericia Amarilla
Sí / No	Somnolencia Diurna	Sí / No	Dolores de Cabeza Por la Mañana	Sí / No	Apnea del Sueño	Sí / No	¿Utiliza un CPAP?
Sí / No	¿Usted Ronca?	Sí / No	Rechinamiento de Dientes	Sí / No	Dificultad para Tragar	Sí / No	Dificultad para Masticar
Sí / No	Ortodoncia/ Invisalign	Sí / No	Boca Seca	Sí / No	Sangrado de las Encías	Sí / No	Dientes Extraíbles
Sí / No	Reflujo Ácido	Sí / No	GERD	Sí / No	Cambio en la Audición	Sí / No	Cambio en la Visión

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada arriba? Sí / No Si **sí**, explique _____

La práctica de la odontología implica tratar a la persona. Si el dentista determina que puede haber una situación médicamente potencialmente comprometida, puede ser necesaria una consulta médica antes de comenzar el tratamiento dental. Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Nombre del Médico _____ Numero de teléfono _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR: El abajofirmante autoriza a TLC Dentistry (Philip J Lips, DDS, Inc) a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra forma de diagnóstica que se considere apropiada para realizar un diagnóstico completo de la condición y necesidades dentales del paciente que suscribe. Autorizo a TLC Dentistry (Philip J Lips, DDS, Inc) a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento, medicación y terapia que sean necesarias y el consentimiento adicional de que TLC Dentistry (Philip J Lips, DDS, Inc) elija y emplee dicha asistencia según se considere necesario. Entiendo que el uso de agentes anestésicos locales incorpora cierto riesgo y consiente su uso según lo considere apropiado por TLC Dentistry (Philip J Lips, DDS, Inc). Las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión al mejor de mi conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta o incompleta puede ser peligrosa para mi / la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en la salud o estado médico.

X _____
Firma de Persona Responsable

Fecha

Nombre de Paciente

Firma del Dentista/Signature of Dentist

Fecha/Date

CONFIDENCIAL



Acuerdo de Cita

TLC Dentistry está dedicado a su cuidado de calidad y se complace en reservar su hora de cita exclusivamente para usted. Intentamos programar citas que sean más convenientes para usted y que se ajusten a su horario personal.

Respetamos el tiempo de nuestros pacientes y hacemos todo lo posible para permanecer a tiempo. Algunas visitas son más complicadas de lo inicialmente previsto y pueden surgir emergencias que podrían retrasarnos. En tal caso, se harán todos los esfuerzos para notificarle de antemano.

Los compromisos de su cita se toman muy en serio en esta oficina. Las citas se organizan en un momento en que usted, nuestro valioso paciente, ha acordado estar disponible y sentimos que tendremos tiempo suficiente para proporcionar un servicio de alta calidad. Reservamos tiempo, personal y equipo para sus necesidades específicas y es muy importante que usted llegue antes o al tiempo acordado.

Entendemos que hay circunstancias imprevistas que hacen que las citas reservadas se pierdan con un aviso de 2 días hábiles (48 horas); Ciertamente queremos hacer provisiones para esto dentro de nuestra póliza. Con el fin de hacer esta disposición, así como para mantener el horario más eficiente para todos nuestros pacientes, nuestra póliza de citas es la siguiente:

- Como cortesía, nuestro equipo intenta confirmar las citas una semana antes de la fecha y hora programadas por los métodos de llamada, texto y correo electrónico. Si no escuchamos de usted, le llamaremos dos días antes del tiempo reservado. Si no recibimos respuesta de usted dentro de las 24 horas de su cita, el tiempo reservado puede ser cancelado y dado al siguiente paciente que necesita tratamiento.
- Los pacientes que fallen o reprogramen su cita sin el aviso requerido de 2 días laborales (48 horas) serán requeridos a proveernos con una tarjeta de crédito para asegurar su cita reprogramada. TLC Dentistry no colocará ningún cargo en la tarjeta de crédito, siempre y cuando se cumpla la cita reprogramada.
- Los pacientes que lleguen tarde y/o faltan más de dos citas consecutivas sin dar un aviso mínimo de 2 días hábiles (48 horas) incurrirá en una cuota de cita perdida de \$50 y/o será liberado de nuestra atención.
- Los pacientes programados para citas de 3 horas de duración o más deben proporcionar un aviso mínimo de 7 días laborales antes de reprogramar o cancelar la cita. De lo contrario, se evaluará una cuota de cita por \$250.

Para evitar aumentar nuestros honorarios dentales y permitir que todos nuestros pacientes reserven los horarios de citas cuando lo deseen, consideramos necesario implementar esta póliza. Gracias por su comprensión y respetando nuestra póliza de cita.

He leído las pólizas descritas en este formulario. Acepto cumplir con los términos descritos.

X

Firma de Persona Responsable

Fecha

Nombre del Paciente

Relación con el Paciente

CONFIDENCIAL

