

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA (WELCOME TO OUR PRACTICE)

Fecha (Date) _____

Paciente: (Sr., Sra., Srta., Dr.)	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Apodo
Patient	First Name	M.I.	Last Name	Nickname
Sexo:	☐ Masculino	☐ Femenino	Fecha de Nacimiento	Edad
Sex:	Male	Female	Date of Birth	Age
Dirección/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Address/Street	City	State	Zip	
Tel. de su Residencia ()	Tel. del Trabajo ()	Ext.	Lugar del Trabajo	
Home Tel.	Business Tel.	Ext.	Employer	
Dentista	Médico	Referido por		
Dentist	Medical Doctor	Referred By		
Licencia de Conducir Núm.	Familiar más cercano que no viva con usted	Tel. ()		
Driver's License #	Nearest relative not living with you	Tel.		
¿Ha sido usted paciente de nuestra oficina anteriormente?	☐ Sí ☐ No	Metodo de Pago:	☐ Efectivo ☐ Cheque ☐ Tarjeta de crédito	
Have you ever been a patient of our practice?	Yes No	Method of personal payment:	Cash Check Credit Card	

¿Quién es el encargado de esta cuenta?	☐ Usted mismo	☐ Cónyuge	☐ Padre	☐ Madre	☐ Otro
Who will be responsible for your account	Self	Spouse	Father	Mother	Other
(Si es usted mismo, prosiga con la próxima sección)	(If self, skip to next paragraph)				
Nombre	Seguro Social	Tel. de su Residencia ()			
Name	Soc. Sec. #	Home Tel.			
Dirección/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal		
Address/Street	City	State	Zip		
Lugar del Trabajo	Tel. ()				
Employer	Tel.				

Información sobre el cónyuge u otro garantizador, (si es diferente al anterior)	Spouse or other guarantor information (if different from above)				
Nombre	Parentesco	Seguro Social	Tel. de su Residencia ()		
Name	Relation	Soc. Sec. #	Home Tel.		
Dirección/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal		
Address/Street	City	State	Zip		
Lugar del Trabajo	Tel. ()				
Employer	Tel.				

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

INSURANCE INFORMATION

Paciente:	Estudiante:	☐ A tiempo completo	☐ A tiempo parcial	☐ No	Nombre de la Escuela/Dirección
Patient:	Student	Full Time	Part Time	Not	School Name/Address
☐ Casado(a)	☐ Divorciado(a)	☐ Legalmente separado(a)	☐ Viudo(a)	☐ Soltero(a)	
Married	Divorced	Legally separated	Widow	Single	
Empleado(a):	☐ A tiempo completo	☐ A tiempo parcial	☐ Retirado(a)	☐ No	¿Pertenece usted a un PPO ó HMO?
Employed	Full Time	Part Time	Retired	Not	Do you belong to a PPO or HMO?
					☐ Sí ☐ No

COMPAÑIA DE SEGURO DENTAL PRIMARIO
PRIMARY DENTAL INSURANCE COMPANY

Patrono	
Employer	
Dirección del Trabajo	
Bus. Address	
Tel. del Trabajo ()	Plan
Bus. Tel.#	Plan
Nombre de la Compañía de Seguro	
Insurance Company Name	
Dirección	
Address	
Tel. ()	
Phone	
Grupo Núm.	Nombre del Grupo
Group #	Group Name
Persona Asegurada	Parentesco
Insured Party	Relation
Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento
Sex	Date of Birth
Dirección	
Address	
Ciudad, Estado y Código Postal	
City, State, Zip	
Tel. ()	Seguro Social
Phone	Soc. Sec.#
Número de Identificación	
I.D.#	

COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO PRIMARIO
PRIMARY MEDICAL INSURANCE COMPANY

Patrono	
Employer	
Dirección del Trabajo	
Bus. Address	
Tel. del Trabajo ()	Plan
Bus. Tel.#	Plan
Nombre de la Compañía de Seguro	
Insurance Company Name	
Dirección	
Address	
Tel. ()	
Phone	
Grupo Núm.	Nombre del Grupo
Group #	Group Name
Persona Asegurada	Parentesco
Insured Party	Relation
Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento
Sex	Date of Birth
Dirección	
Address	
Ciudad, Estado y Código Postal	
City, State, Zip	
Tel. ()	Seguro Social
Phone	Soc. Sec.#
Número de Identificación	
I.D.#	

COMPAÑIA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIO
SECONDARY DENTAL INSURANCE COMPANY

Patrono	
Employer	
Dirección del Trabajo	
Bus. Address	
Tel. del Trabajo ()	Plan
Bus. Tel.#	Plan
Nombre de la Compañía de Seguro	
Insurance Company Name	
Dirección	
Address	
Tel. ()	
Phone	
Grupo Núm.	Nombre del Grupo
Group #	Group Name
Persona Asegurada	Parentesco
Insured Party	Relation
Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento
Sex	Date of Birth
Dirección	
Address	
Ciudad, Estado y Código Postal	
City, State, Zip	
Tel. ()	Seguro Social
Phone	Soc. Sec.#
Número de Identificación	
I.D.#	

COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO
SECONDARY MEDICAL INSURANCE COMPANY

Patrono	
Employer	
Dirección del Trabajo	
Bus. Address	
Tel. del Trabajo ()	Plan
Bus. Tel.#	Plan
Nombre de la Compañía de Seguro	
Insurance Company Name	
Dirección	
Address	
Tel. ()	
Phone	
Grupo Núm.	Nombre del Grupo
Group #	Group Name
Persona Asegurada	Parentesco
Insured Party	Relation
Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento
Sex	Date of Birth
Dirección	
Address	
Ciudad, Estado y Código Postal	
City, State, Zip	
Tel. ()	Seguro Social
Phone	Soc. Sec.#
Número de Identificación	
I.D.#	

¡DETENGASE! SEPRE LA PRIMERA PAGINA SOLAMENTE Y LLEVELA AL MOSTRADOR ANTES DE CONTINUAR CON EL RESTO

HISTORIAL DE SU SALUD (HEALTH HISTORY)

A NUESTROS PACIENTES: Aunque los cirujanos dentales tratan el área dentro y alrededor de su boca, la boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener o las medicinas que usted pueda estar tomando, podrían afectar el tratamiento y cuidado que usted va a recibir. Le agradeceremos que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas son estrictamente confidenciales y se mantendrán en nuestros archivos.

To our patients: Although oral surgeons primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the care that you will be receiving. Thank you for answering the following questions. Your answers are for our records only and will be considered confidential.

Razón para la visita de hoy a nuestra oficina:

Reason for today's office visit

		SI YES	NO NO
99. ¿Se encuentra usted bien de salud?.....	Altura Height	☐	☐
100. ¿Ha ocurrido algún cambio en su estado de salud en el pasado año?.....	Peso Weight	☐	☐
101. ¿Ha visto al médico recientemente?.....	Fecha de la última visita al doctor:.....	☐	☐
De ser así, ¿para qué condición o enfermedad está recibiendo tratamiento médico?.....			
If so, for what are you being treated?.....			
102. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, operación u hospitalización en los pasados cinco años?		☐	☐
Have you had any illness, operation or been hospitalized in the past five years?			
103. ¿Tiene usted alguna herida que no se ha curado o áreas inflamadas, tumores o llagas dentro o alrededor de la boca?		☐	☐
Do you have unhealed injuries or inflamed areas, growths or sore spots in or around the mouth?			
De ser así, indique donde.			
If so describe where.			
104. ¿Tiene usted un implante o prótesis?.....	De ser así, indique donde.	☐	☐
Do you have a prosthetic joint / implant? If so, describe where.			
105. ¿Le han reemplazado alguna de las válvulas del corazón o se le ha hecho un injerto vascular?.....		☐	☐
Have you had a heart valve replacement or vascular graft?			

¿HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE....	SI	NO	NOTAS	¿HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE....	SI	NO	NOTAS
HAVE YOU HAD OR DO YOU CURRENTLY HAVE...	YES	NO	NOTES	HAVE YOU HAD OR DO YOU CURRENTLY HAVE...	YES	NO	NOTES
106. ¿Fiebre reumática? Rheumatic fever?				132. ¿Derrame cerebral? Stroke?			
107. ¿Válvulas del corazón dañadas/ válvula mitral prolapsada? Damaged heart valves/mitral valve prolapse?				133. ¿Problemas con la tiroide? Thyroid trouble?			
108. ¿Soplo del corazón? Heart murmur?				134. ¿Diabetes? Diabetes?			
109. ¿Alta presión? High blood pressure?				135. ¿Glucosa baja? Low blood sugar?			
110. ¿Baja presión? Low blood pressure?				136. ¿Problemas con los riñones? Kidney trouble?			
111. ¿Dolor en el pecho / angina? Chest pain, angina?				137. ¿Está recibiendo diálisis? Are you on dialysis?			
112. ¿Ataque(s) al corazón? Heart attack(s)?				138. ¿Tobillos hinchados, artritis o enfermedad de las coyunturas? Swollen ankles, arthritis or joint disease?			
113. ¿Latidos del corazón irregulares? Irregular heart beat?				139. ¿Úlceras en el estómago? Stomach ulcers?			
114. ¿Marcapasos en el corazón? Cardiac pacemaker?				140. ¿Enfermedades contagiosas? Contagious diseases?			
115. ¿Cirugía (operación) del corazón? Heart surgery?				141. ¿Enfermedades venéreas? Sexually transmitted diseases?			
116. ¿Bronquitis o tos crónica? Bronchitis, chronic cough?				142. ¿Problemas con su sistema de inmunidad? Problems with the immune system?			
117. ¿Asma? Asthma?				143. ¿Cicatrizar o sanar lentamente? Delay in healing?			
118. ¿Fiebre del heno o sinusitis? Hay fever / sinus problems?				144. ¿Un tumor? A tumor or growth?			
119. ¿Tuberculosis? Tuberculosis?				145. ¿Radioterapia / quimioterapia? X-Ray treatment / chemotherapy?			
120. ¿Enfisema? Emphysema?				146. ¿Fatiga crónica / sudores por las noches? Chronic fatigue / night sweats?			
121. ¿Dificultad al respirar / otros problemas pulmonares? Difficult breathing / other lung trouble?				147. ¿Está usted a dieta? Are you on a diet?			
122. ¿Usted fuma? Do you smoke?				148. ¿Ha sido adicto a las drogas? A history of drug abuse?			
123. ¿Transfusiones de sangre? Blood transfusion?				149. ¿Ha sido alcohólico? A history of alcohol abuse?			
124. ¿Enfermedad de la sangre como la anemia? Blood disorder such as anemia?				150. ¿Lentes de contacto? Contact lenses?			
125. ¿Le aparecen cardenales fácilmente? Bruise easily?				151. ¿Enfermedades del ojo / glaucoma? Eye disease / glaucoma?			
126. ¿Tendencia a sangrar - de manera anormal? Bleeding tendency - abnormal bleeding?				152. ¿Problemas de salud mental? Mental health problems?			
127. ¿Ictericia, hepatitis o enfermedad del hígado? Jaundice, hepatitis or liver disease?				153. ¿Un aparato dental removable? A removable dental appliance?			
128. ¿Mononucleosis infecciosa? Infectious mononucleosis?				154. ¿Que las mandíbulas duelan o se encajen al comer? Pain and clicking of jaws when eating?			
129. ¿Problemas de la vesícula? Gallbladder trouble?				155. ¿Hipertermia maligna? Malignant hyperthermia?			
130. ¿Desmayos? Fainting spells?				156. EN CASO DE QUE VAYA A HACERSE UNA OPERACIÓN HOY, ¿ha comido o bebido algo durante las últimas ocho horas? IF YOU ARE HAVING SURGERY TODAY, have you had anything to eat or drink in the last 8 hours?			
131. ¿Convulsiones o epilepsia? Convulsions, epilepsy?				157. ¿Quién le va a llevar a su casa hoy? Who is driving you home?			

MEDICAMENTOS				MEDICATION			
¿ESTÁ TOMANDO USTED... ARE YOU NOW TAKING...	SI YES	NO NO	NOTAS NOTES	¿ESTÁ TOMANDO USTED... ARE YOU NOW TAKING...	SI YES	NO NO	NOTAS NOTES
201. ¿Cualquier tipo de medicina, droga o pastilla? Any kind of medicine, drugs, or pills?				205. ¿Cualquier medicación de la densidad del hueso? (Aredia, Zometa, Fosamax, Actonel)? Bone Density Medications?			
202. ¿Anticoagulantes? Anticoagulants?				206. ¿Otras medicinas-favor de hacer una lista? Other medications - please list			
203. ¿Píldoras de dieta? Diet Pills?							
204. ¿Tranquilizantes? Tranquilizers?							
ALERGIAS				ALLERGIES			
¿ES USTED ALÉRGICO(A) O HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A... ARE YOU ALLERGIC TO OR HAD A REACTION TO...	SI YES	NO NO	NOTAS NOTES	¿ES USTED ALÉRGICO(A) O HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A... ARE YOU ALLERGIC TO OR HAD A REACTION TO...	SI YES	NO NO	NOTAS NOTES
207. ¿Anestesia local? Local anesthetics?				212. ¿Codeína u otros narcóticos? Codeine or other narcotics?			
208. ¿Penicilina? Penicillin?				213. ¿Otras medicinas? Other medications?			
209. ¿Otros antibióticos? Other antibiotics?				214. ¿Alergias a otras cosas que no sean medicinas - favor de hacer una lista Allergies other than drug allergies - please list			
210. ¿Pentotal sódico, valium u otros tranquilizantes? Sodium pentothal, valium, or other tranquilizers?							
211. ¿Aspirina? Aspirin?							
MUJERES				WOMEN			
215. ¿Existe la posibilidad de estar embarazada? Is there a possibility of pregnancy?				217. ¿Está lactando? Are you nursing?			
216. Fecha estimada para el parto ____/____/____ Estimated delivery date				218. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Are you taking birth control pills?			

NOTA PARA LAS MUJERES: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico o ginecólogo sobre otros métodos anticonceptivos adicionales.

WOMEN NOTE: Antibiotics (such as penicillin) may alter the effectiveness of birth control pills. Consult your physician / gynecologist for assistance regarding additional methods of birth control.

¿EXISTE ALGUNA CONDICION RELACIONADA CON SU SALUD QUE EL MEDICO DEBE CONOCER? ☐ Sí ☐ No

IS THERE ANY CONDITION CONCERNING YOUR HEALTH THAT THE DOCTOR SHOULD BE TOLD?

¿Algún familiar ha padecido de: 301. Cáncer ☐ Sí ☐ No 302. Diabetes ☐ Sí ☐ No

Is there a family history of: Cancer Diabetes

303. Enfermedades Cardíacas ☐ Sí ☐ No 304. Problemas relacionados con la anestesia ☐ Sí ☐ No

Heart Disease Anesthetic Problems

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, LLAME A: Nombre: _____ Tel./Casa (_____) _____ Tel./Trabajo (_____) _____

IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT: Name Home Telephone Work Telephone

¿SE DEBE ESTA VISITA A ALGUN ACCIDENTE DE? Automóvil ☐ Sí ☐ No Trabajo ☐ Sí ☐ No Otro ☐ Sí ☐ No _____

IS THIS VISIT RELATED TO AN ACCIDENT? Auto Work Related Other

Fecha del accidente ____/____/____ Compañía de seguro a cargo de esta reclamación _____ Núm. de la reclamación _____

Date of injury: Insurance Co. handling this claim: Claim #:

Nombre del abogado / ajustador _____ Número de tel. (_____) _____

Name of attorney/Adjustor Tel. #

Certifico que yo he leído y he entendido las preguntas anteriores. También reconozco que las preguntas, si alguna, sobre la información pedida anteriormente han sido contestadas en forma satisfactoria. Yo no haré responsable al cirujano o a su personal por errores u omisiones que yo haya podido cometer al completar esta forma.

I certify that I have read and I understand the questions above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my surgeon, or any other member of his / her staff, responsible for any errors or omissions that I have made in the completion of this form.

Firma del paciente _____

Fecha _____

(Padre, madre o encargado, si es un menor)
Signature of patient: (Parent or Guardian if minor)

Date

HONORARIOS Y PAGOS

Nosotros hacemos todo lo posible por mantener bajos los costos de la cirugía dental que le ofrecemos a usted. Usted puede contribuir a esta meta pagando después de cada visita a nuestra oficina. Bajo circunstancias especiales, le podemos ofrecer un plan de pago para el cual necesita hablar con el(la) administrador(a) de nuestra oficina. Usted puede solicitar una cotización o estimado de los cargos a pagar por cualquier procedimiento o cirugía. Si usted tiene seguro médico o dental, con mucho gusto le llenaremos las debidas formas. Le pedimos que, por favor, complete toda la información en esta forma.

Favor de recordar que el seguro se considera como un reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no constituye una substitución del pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar el deducible, co-seguro o cualquier otro balance que no haya sido pagado por su compañía de seguro. Usted será responsable de todos los costos envueltos en el cobro, los honorarios de un abogado y los costos legales.

Mediante esta firma, autorizo a que se divulgue la información necesaria para procesar mi reclamación. Por la presente, yo autorizo a que se le paguen al médico los beneficios correspondientes, de lo contrario deben ser pagados a mí.

Firma _____

FEES AND PAYMENTS

We make every effort to keep down the cost of your oral surgical care. You can help by paying upon completion of each visit. Other arrangements can be made with our office manager depending upon special circumstances. An estimate of the charge for any procedure or surgery you may require will be given to you upon request. If you have any dental and/or medical insurance we will be glad to fill out the proper forms, but please complete the identifying information on this form.

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance or any other balance not paid by your insurance company. You will be responsible for all collection costs, attorney fees, and court costs.

The signature on file is my authorization for the release of information necessary to process my claim. I hereby authorize payment to this doctor named of the benefits otherwise payable to me.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi cirujano y a su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial con el propósito de diagnosticar y determinar el debido tratamiento. Lo que es más, autorizo a que se tomen todas las radiografías necesarias como parte de este examen. Además, si fuera necesario desde un punto de vista médico, autorizo a que se divulgue cualquier información adquirida durante este examen y el tratamiento.

Fecha _____

Firma del paciente _____

Padre, madre o encargado, si es un menor

Testigo Witness _____

Doctor _____

I authorize my surgeon and his / her designated staff, to perform an oral and maxillofacial examination, for the purpose of diagnosis and treatment planning. Furthermore, I authorize the taking of all x-rays required as a necessary part of this examination. In addition, if medically necessary, I authorize the release of any information acquired in the course of my examination and treatment.

AUTHORIZATION