

## NUEVA INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

### SU INFORMACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*Persona Responsable de la Cuenta si es Distinto de Paciente*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con Usted: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Aseguradora Primaria: \_\_\_\_\_ Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Aseguradora Fax: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Segunda Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fax Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

### EL PAGO DEBE SER CANCELADO EN EL MOMENTO DE SERVICIO

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por UPTOWN PARK DENTAL PRACTICE LLC y también soy responsable de pagar cualquier con pagos y deducibles que mi seguro no cubre. Autorizo a UPTOWN PARK DENTAL PRACTICE LLC para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de estos servicios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos mis reclamos de seguro, ya sea manual o electrónico.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.

**HISTORIA DENTAL**

¿Qué es lo que más le preocupa de sus dientes? \_\_\_\_\_  
 ¿Estás teniendo malestar en este momento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el malestar? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_ Le hicieron radiografías \_\_\_\_\_ ¿Qué tratamiento recibió? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene los dientes sensibles? calor? \_\_\_\_\_ frío? \_\_\_\_\_ dulces? \_\_\_\_\_ ácido? \_\_\_\_\_ presión? \_\_\_\_\_  
 ¿Has tenido frenos en los dientes? ¿ \_\_\_\_\_ ¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_ ¿Usaron aparatos tradicionales? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia usa hilo dental? \_\_\_\_\_  
 ¿Tienes sangrado de las encías? ¿ \_\_\_\_\_ Ha tenido tratamiento de encías? \_\_\_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Rechina o aprieta los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Te escuchas estallidos, clic o ruidos al masticar? \_\_\_\_\_  
 ¿Tienes algún dolor alrededor de cualquiera de tus oídos? \_\_\_\_\_ Tiene alguna hinchazón o bultos en la boca? \_\_\_\_\_  
 ¿Tienes miedo del tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué opinas acerca de la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

¿Está actualmente bajo un cuidado médico? \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_  
 Dirección del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido usted cualquiera de los siguientes síntomas?

S N Sangrado anormal	S N Defecto congénito del corazón	S N Soplo cardíaco	S N Enfermedad del hígado
S N Anemia	S N Diabetes	S N Cirugía cardíaca	S N Lupus
S N Huesos/articulaciones artificiales	S N Enfisema	S N Hemofilia	S N Marcapasos
S N Válvulas artificiales	S N Desmayos	S N Hepatitis	S N Tos persistente
S N Asma	S N Ampollas febriles	S N Herpes	S N Tratamiento de radiación
S N Cáncer	S N Glaucoma	S N Presión arterial alta	S N Convulsiones
S N Quimioterapia	S N Dolores de cabeza	S N VIH/SIDA	S N Tuberculosis (TB)
S N Colitis	S N Ataque al corazón	S N Problemas renales	S N Enfermedades venéreas

Por favor indique cualquier condición médica importante que haya experimentado.

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

S N Aspirina	S N Eritromicina	S N Sedantes	S N Barbitúricos
S N Joyería/metales	S N Sulfonamidas	S N Codeína	S N Látex
S N Tetraciclina	S N Anestésicos dentales	S N Penicilina	S N Otros

Por favor describa que medicamentos o materiales le causan reacciones alérgicas:

Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente:

**Para las mujeres:** ¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_ está embarazada? \_\_\_\_\_ semana #: \_\_\_\_\_ está amantando bebe? \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Toda la información en este documento se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a UPTOWN PARK DENTAL PRACTICE LLC de cualquier cambio en mi condición de médica. Yo autorizo a personal dental para realizar los servicios dentales que necesite, incluyendo radiografías, fotografías, modelos de estudio o cualquier proceso que se estime oportuno para realizar un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.