

Grand Legacy Dental

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: reception@grandlegacydental.com

Información General del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____ Sexo: M F
Seguro social: ____-____-____ Correo Electrónico: _____ Estado Civil: S C V D

Domicilio: _____
calle ciudad estado código postal

Telefono de casa: _____ Celular#: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____
calle ciudad estado código postal

Si el paciente es un menor de edad/dependiente:

Legalmente responsable?: _____ Relación con el dependiente: _____

Grado escolar: _____

Cómo te enteraste de nosotros?: _____

Si está completando esta forma para el paciente, cual es su relación con esa persona?

Su nombre: _____ Relación: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Si tiene preguntas específicas sobre su porción o de la tarifa de tratamiento cubiertas por su programa de beneficios dentales, solicitenos que realicemos una verificación de preautorización/predeterminación de beneficios.

Nombre del suscriptor: _____

Seguro Social (suscriptor): _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento (suscriptor): __/__/____

Nombre del plan: _____

Numero de telefono del seguro: _____

ID #: _____

Grupo: _____

SEGUNDO SEGURO DENTAL (si es aplicable)

Nombre del suscriptor: _____

Seguro Social (suscriptor): _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento (suscriptor): __/__/____

Nombre del plan: _____

Numero de telefono del seguro: _____

ID #: _____

Grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

1. Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____ Casa Movil

2. Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____ Casa Movil

Según lo exige la ley, nuestra oficina se adhiere a políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujeto a la ley aplicable. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no utiliza esta información para discriminar.

Firma del paciente/padre/representante: _____ Date: _____

Nombre (de paciente): _____ fecha: _____

Formulario de Historial de Salud

Información médica Por favor marque (X) su respuesta para indicar si tiene o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque DK si no sabe la respuesta a la pregunta)

Si No DK

1. Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas:

- ¿Tuberculosis activa?
- ¿Tos persistente de más de 3 semanas de duración?.....
- ¿Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis?

PARE: Si ha marcado cualquiera de las 4 preguntas anteriores "si", deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Medico Primario

Yes No DK

¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?

Nombre del médico: _____

Oficina: _____

ciudad estado código postal

Fecha del último examen físico: _____ Número de teléfono#: (____) _____

Por favor marque (X) su respuesta para indicar si tiene o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque DK si no sabe la respuesta a la pregunta)

Si No DK

2. ¿Tiene buena salud?

3. ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?

En caso afirmativo, ¿qué condición se está tratando? _____

4. ¿Ha tenido una una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?.....

En caso afirmativo, ¿qué tipo de operación/enfermedad o problema? _____

5. **¿Está tomando actualmente o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o durante el medicamentos de venta libre?**

En caso afirmativo, enumere TODOS, incluidas las vitaminas, las preparaciones naturales o a base de hierbas y/o las dietas.suplementos (Más espacio en la parte inferior de la página) _____

6. **Reemplazo de la articulación.** ¿Ha tenido un reemplazo ortopédico (cadera, rodilla, codo, dedo)....

Si es así, fecha?: _____ ¿Ha tenido complicaciones? _____

7. ¿Está tomando o tiene previsto comenzar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax, Actonel, Atelvia Boniva, Reclast, Prolla) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?

8. Desde 2001, ¿fue tratado o está actualmente programado para comenzar un tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia, Zometa, XGEVA) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple, cáncer metastásico?.....

Fecha de inicio del tratamiento: _____

9. ¿Usa lentes de contacto?.....

Nombre (de paciente): _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|----------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|-----------------------|--|
| <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">Si No DK</td> </tr> <tr> <td>10. ¿Utiliza sustancias controladas (drogas)?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. ¿Utiliza tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Si es así, ¿qué tan interesado está en detenerse? MUY / ALGO / NO INTERESADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. ¿Consumo bebidas alcohólicas?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>En caso afirmativo, ¿cuánto bebe normalmente en una semana? _____</td> <td></td> </tr> </table> | | Si No DK | 10. ¿Utiliza sustancias controladas (drogas)?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 11. ¿Utiliza tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Si es así, ¿qué tan interesado está en detenerse? MUY / ALGO / NO INTERESADO | | 12. ¿Consumo bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿cuánto bebe normalmente en una semana? _____ | | <p style="text-align: center; font-weight: bold; text-decoration: underline;">Solo para Mujeres- Esta:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">Si No DK</td> </tr> <tr> <td>13. ¿Embarazada actualmente?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Si es así, número de semanas: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. Tomando pastillas anticonceptivas o remplazo hormonal?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. Amamantando?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | Si No DK | 13. ¿Embarazada actualmente?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Si es así, número de semanas: _____ | | 14. Tomando pastillas anticonceptivas o remplazo hormonal? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 15. Amamantando?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Si No DK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. ¿Utiliza sustancias controladas (drogas)?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. ¿Utiliza tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si es así, ¿qué tan interesado está en detenerse? MUY / ALGO / NO INTERESADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. ¿Consumo bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿cuánto bebe normalmente en una semana? _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Si No DK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Embarazada actualmente?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si es así, número de semanas: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Tomando pastillas anticonceptivas o remplazo hormonal? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Amamantando?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alergias. Es alérgico o ha tenido una reacción a: | | | | | | | | | | | | |
| Si afirmativa, especifique el tipo de reacción. | | Si | No | DK | | | | | | Si | No | DK |
| Anestésicos locales _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metales _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Látex _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina u otros antibióticos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del heno/estacional _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfamidas _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Animales _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codeína u otros narcóticos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comida _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro(s): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| Por favor marque (x) para indicar si tiene o no ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas | | | | | | | | | | Si | No | DK |
| | Si | No | DK | | Si | No | DK | | Si | No | DK | |
| Valvula cardiaca artificial (protesis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Problemas de sinusitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endocarditis infecciosa previa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Válvulas dañadas en corazón trasplantado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardiaca cognitiva (CC)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CC cianotica no reparada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Dolor torácico al esfuerzo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CC reparada (completamente)- los últimos 6 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CC reparada con defectos residuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Dolor cronico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Desorden del sueno..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Excepto por las condiciones mencionadas anteriormente, la profilaxis antibiótica ya no es recomendado para cualquier otra forma de CC</i> | | | | *Ronca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Trastorno de estrés postraumático..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Especificar: _____ | | | | | | | | |
| *Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Desorden neurológico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Enfermedad Cardiovascular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Presion arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Infecciones recurrentes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Arteriosclerosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tipo de infecciones: _____ | | | | |
| *Insuficiencia cardiaca congestiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Diabetes Tipo I or II..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Válvulas cardíacas dañadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Transfusión de sangre.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Trastorno alimentario/ desnutrición..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Infarto de miocardio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, fecha: _____ | | | *Ulceras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Soplo cardiaco..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Hemofilia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Glándulas inflamadas persistentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Marcapaso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Enfermedad autoinmune..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Enfermedad gastrointestinal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Prolapso de la válvula mitral.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *G.E. Reflujo/ acidez estomacal persistente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Un accidente cerebrovascular.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Artritis reumatoide..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Fuertes dolores de cabeza/ migrañas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Cardiopatía reumática..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Perdida de peso rápida severa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Otros defectos cardiacos congénitos: _____ | | | | *Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Problemas tiroideos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Desmayos o convulsiones... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Problemas de riñón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Osteoporosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Lupus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Sudores nocturnos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| *Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Vértigo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Micción excesiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | *Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Cáncer/quimioterapia/ Radioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | *Emfisema..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Sida o infección por VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Grand Legacy Dental

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: reception@grandlegacydental.com

Nombre (de paciente): _____

Si No DK

¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su visita al dentista?.....

Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: _____ Teléfono: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que cree que debería saber?.....

Por favor explique: _____

Formulario Dental

| | Si | No | DK | | Si | No | DK |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Tiene dolores de oído o de cuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o presión?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Tiene algún 'clic', estallido o molestias en la mandíbula?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Su boca se encuentra seca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Tiene bruxismo (o rechina) los dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Tiene llagas o úlceras en la boca?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido tratamientos de ortodoncia (brackets)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Usa dentaduras postizas o parciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido algún problema relacionado con trabajo dental anterior?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Participa en actividades recreativas activas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿El suministro de agua de su hogar está fluorado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en su cabeza o boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Bebe agua embotellada o filtrada?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Actualmente experimenta algún dolor o molestia dental?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? Un círculo: DIARIAMENTE / SEMANAL / OCASIONALMENTE | | | | Si es así, por favor describa los síntomas: _____ | | | |

17. Fecha de su último examen dental: _____ ¿Que se hizo en ese momento?: _____

18. Fecha de las últimas radiografías dentales: _____

19. ¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy?: _____

20. ¿Cómo te sientes con tu sonrisa?: _____

Nota: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal confían en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente/Guardián Legal: _____ **fecha:** _____

Firma del Dentista: _____ **fecha:** _____

Para completar por el Dentista

Comentarios: _____

Nombre (de paciente): _____ **Relación al paciente:** _____

Reconocimiento de Radiografías

Practicar la odontología con el nivel de atención adecuado requiere tanto un examen clínico periódico como un examen radiográfico periódico ("rayos X") de los tejidos orales. Utilizando las pautas radiográficas de la Asociación Dental Estadounidense como punto de referencia, evaluaremos sus factores de riesgo dentales y periodontales para determinar la frecuencia apropiada basada en la evidencia para las radiografías de diagnóstico.

Comparta cualquier inquietud con respecto a las radiografías de diagnóstico con su proveedor, pero comprenda que las radiografías de diagnóstico no son "negociables" como paciente de nuestra práctica. Dado que nos está cobrando la responsabilidad de su salud bucal, debemos tener la información adecuada ("radiografías") para brindarle servicios de atención de la salud bucal de acuerdo con el estándar de atención de la odontología. A continuación se muestra nuestro programa típico de radiografías de diagnóstico conservador que se aplica a la mayoría de los pacientes:

| | |
|----------------------------------|--|
| Serie Completa - "serie grande" | Cada 5 años |
| Bitewings - "serie chico" | Cada 18 meses |
| Periapical, Bitewing, CBCT, Pano | Radiografías enfocadas en el problema que pueda necesitar para problemas específicos nuevos o crónicos |

He leído, reconozco y comprendo la información del tratamiento anterior y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: _____ **fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Relación al paciente:** _____

POLÍTICA DE PAGO

Como condición para el tratamiento de esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado. Todos los servicios dentales realizados sin arreglos financieros previos deben pagarse en el momento en que se realizan los servicios. Los pacientes con seguro dental entienden que, en última instancia, son financieramente responsables de todos los servicios dentales prestados, independientemente del estado de pago de la reclamación del seguro. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su atención. La oficina presenta reclamaciones de seguros en nombre del paciente. Entiendo que cualquier tarifa estimada para esta atención dental solo puede extenderse por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente. Los pacientes que tengan preguntas sobre sus facturas pueden llamar y hablar con nuestro miembro del equipo de recepción durante el horario comercial.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Entiendo que se me cobrará una tarifa por no presentarme a una cita o cancelar citas con menos de 48 horas hábiles (2 días hábiles) de aviso.

Tarifas = [\$60 por cita de 1 hora] o [\$120 por cita de más de 2 horas].

Llegar a una cita con más de 20 minutos de retraso interrumpe a otros pacientes que reciben servicios dentales y se considera que no se presentó. Si se encuentra enfermo con poca antelación y nos avisa antes de la cita, se podrá reconsiderar la tarifa de cancelación. Es posible que se requiera que los pacientes con un historial de ausencias y cancelaciones paguen por adelantado el tratamiento para asegurar una cita.

POLÍTICA DE RESPETO MUTUO

Como proveedor de servicios dentales profesionales, lo trataremos con respeto. También esperamos que nuestros pacientes respeten a todo nuestro personal de práctica en todo momento. No toleramos el abuso verbal, el abuso físico, las blasfemias o el acoso sexual, entre otros.

ATENCIÓN INTEGRAL

Nuestra clínica práctica el cuidado dental integral. Trabajamos junto con nuestros pacientes para priorizar el tratamiento dental necesario en función de lo que creemos que es mejor para su salud bucal en general. Algunas condiciones complejas pueden no ser tratables en esta práctica, lo que requiere que los pacientes sean derivados a un especialista o proveedor de servicios médicos de emergencia.

He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y estoy de acuerdo con su contenido, concedo mi permiso para usted, o su cesionario, para llamarme, enviarme un correo electrónico o enviarme un mensaje de texto para discutir esta política o mi tratamiento.

Firma: _____ **fecha:** _____

Grand Legacy Dental

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: reception@grandlegacydental.com

Nombre del paciente: _____ **Relación al paciente:** _____

AUTORIZACIÓN

Por la presente certifico que he leído y entiendo la información anterior y que es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Reconozco que proporcionar información incorrecta y/o inexacta tiene el potencial de ser peligroso para mi salud.

Autorizo el diagnóstico de mi salud dental mediante radiografías, modelos de estudio, fotografías u otros ayudas diagnósticas que se consideren apropiadas para una evaluación integral.

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen para mí y mi(s) dependiente(s) a compañías de seguros, pagadores y/o cuidado de la salud de terceros practicantes. Autorizo el pago de mi compañía de seguros para enviar el pago directamente al dentista o práctica dental para aplicarse directamente a cualquier saldo pendiente en mi cuenta.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por los servicios prestados que no son totalmente cubiertos por el seguro, y se me facturará por este saldo restante. Doy mi consentimiento y acepto ser financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mis dependientes (si corresponde).

Firma del paciente, padre o tutor (parte responsable): _____

Fecha de firma: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Entiendo que tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será solía hacerlo:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los proveedores de salud que puedan estar directamente e indirectamente involucrado en mi tratamiento.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y acreditación.
- Entiendo que en el curso normal de la prestación de atención médica, mi PHI puede transmitirse por vía mensajería electrónica que incluye, entre otros, FAX, correo electrónico y mensajería telefónica.

Firma del paciente, padre o tutor (parte responsable): _____

Fecha de firma: _____