

Bienvenidos

Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha _____
Apellido Nombre Inicial Nombre preferido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Sexo Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Casado Divorciado Soltero Menor/Niño Correo Electronico _____

Sies Casado: Nombre de Esposo (a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Segero Social _____ Empleo del la Esposa (o) _____ Numero de trabajo _____

Numeros del telefonos

Casa _____ Trabajo _____ Extención _____ Celular _____

EN CASO DEL EMERGENCIA NOTIFIQUE (Alguien que novive en su hogar)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Información de Empleo

Ocupación _____ Empleo _____

Dirección de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____

Historia de Salud

Ha tenido alguna de las siguientes? Cheque todas las que apliquen:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Alergia a codeiña | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Alerjias _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergia al iodo | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatismo |
| _____ | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas de senucitis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tendencia de Sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Molestias de Estomago |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas Higado | <input type="checkbox"/> EST |
| <input type="checkbox"/> Junturas artificiales | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales | <input type="checkbox"/> Embolia |
| Fecha que se pusieron _____ | <input type="checkbox"/> Quistes | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| _____ | <input type="checkbox"/> Catarros | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Alergia ala penicilina | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| Respirador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Heridas de la cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazada | Otra Condiciones: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Murmullo de corazón | Fecha de parto _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tratamiento de irradiación | <input type="checkbox"/> _____ |

Continuación de la Historia de Salud

¿Ha Tenido algunas complicaciones despues de un tratamiento dental? Si No

Si, por favor explique: _____

¿Ha tenido que ser admitido (a) hospital o nesecitado atencion de Emergencia el los ultimos 2 anos? Si No

Si, porfavor explique: _____

¿Esta ahorita al cuidado de un medico? Si No

Si, porfavor explique: _____

Nombre del Medico: _____ Telefono: _____

¿Ha sido recientemente tratado o diagnosticado o expuesto a infecciones? O a M.R.S.A.?

Si, Si porfavor explique: _____

Tiene algun otro problema de salud que tiene que ser clarificado? Si No

Si, por favor explique: _____

Apunte cualquier medicina que este tomado:

Consentimiento para servicios

Todos los servicios de emergencia, o cualquier otro servicio dental sin arreglos financieros deben ser pagados en efectivo al tiempo del servicio. Un cargo de 18% en el saldo quenose ha pagado sera cargado en todas las cuentas quepasen de 90 dias.

Pacientes que tienen aseguranza entienden que los servicios quese les den, seran cobrados directamente al paciente y que ellos son personalmente responsables por el pago. La oficina les ayudara a preparar las formas de la aseguranza y les ayudara a colectar los pagos de la aseguranza. Pero esta oficina no puede proveer servicios con la suposición de que los cargos seran pagados por la aseguranza.

Esta notificado que si hay procedimientos de coleccion usted sera responsable por los gastos de abogado.

Entiendo que el presupuesto para el procedimiento dental puede ser extendido solo por seis meses despues de la fecha de el examen.

Les doy mi permiso para que puedan telefonarme ami casa o a mi trabajo para discutir asuntos de esta forma.

Ya revelé mis problemas del salud y todas las medicinas que estoy tomando antes de firmar esta forma.

Entiendo que hay riesgos con este procedimiento, los más comunes pero no limitados incluyen, dolor, infección, inchazón, sangrar, magullar o cuenca seca. Puedo haber dolor, o inflamación con la inyección de la anestesia. Además entiendo que puedo sentir que el corazón se acelera o que no puedo respirar muy bien temporalmente si la anestesia entra por las venas o arterias. Si algun trauma o daño ocurre al nervio esto puede incluir, pero no es limitado a entumecimiento de los labios, la lengua, o tejidos de la boca, o cachete o la cara. Este entumecimiento puede ser natural, puede durar unos cuantos dias, unas cuantas semanas, o meses o probablemente puede ser permanente y puede resultar en un procedimiento de cirugia o anestesia. Al firmar esta forma doy mi consentimiento al Dr J. Alan Timmons y sus asociados que den tratamiento necesario o prudente para mi condición dental, incluyendo todo los medicamentos y anestesias.

He Leido las condiciones para el tratamiento y los pagos y estoy de acuerdo con su contenido.

Fecha: _____ Relación del paciente _____

Firma del paciente o guardián