

Bienvenido a nuestra Clínica

Información Del Paciente:

Fecha _____

Sr Sra. Srta. Dr. Primer Nombre _____ M.I. _____ Apellido _____
Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____ Correo Electrónico _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de casa(_____) Celular.(_____) ¿Ha sido paciente de nuestra clínica? S No
Referido Por _____ ¿Algún familiar ha sido paciente de nuestra clínica? S No
Dentista NOMBRE _____ APELLIDO _____ Ortodontista NOMBRE _____ APELLIDO _____ Dr. Médico NOMBRE _____ APELLIDO _____
de Lic. de Conducir _____ Familiar más cercano que no viva con usted NOMBRE _____ APELLIDO _____ Tel.(_____)
Empleador _____ Teléfono (_____) Tipo de Pago Personal: Efectivo Tarjeta de Crédito
En caso de emergencia, contacten a: _____ Tel. (_____) Relación _____

Persona Responsable de la Cuenta:

Yo (Si usted, omitir esta sección) Cónyuge Padre Madre Otro _____
Nombre NOMBRE _____ APELLIDO _____ Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Tel.(_____) Celular. (_____) Correo electrónico _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
de Lic. De Conducir _____ Empleador _____ Tel.(_____)

Información del Cónyuge o Persona Responsable (si es diferente a la información de arriba)

Nombre NOMBRE _____ APELLIDO _____ Relación _____ Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Tel. (_____) Empleador _____ Tel.(_____)

Estudiante: ... Tiempo Completo Medio Tiempo No. ... Nombre de Escuela y dirección _____
NOMBRE DE ESCUELA _____ DIRECCION _____
Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a Legalmente Separado/a _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Empleado: ... Tiempo Completo Medio Tiempo Jubilado/a No. Pertenece a una PPO? S No

Compañía de Seguro Dental Primaria:

Empleador _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel.(_____) Plan _____
Nombre del Seguro _____ I.D. # _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel.(_____) Nombre del Grupo _____
del Grupo _____ Persona Asegurada NOMBRE Y APELLIDO _____
Relación _____ Fecha de Nacimiento _____ Sex: M F
Del S.S. _____ Tel.(_____)
Dirección _____

Compañía de Seguro Dental Secundaria:

Empleador _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel.(_____) Plan _____
Nombre del Seguro _____ I.D. # _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel.(_____) Nombre del Grupo _____
Del Grupo _____ Persona Asegurada NOMBRE Y APELLIDO _____
Relation _____ Birth Date _____ Sex: M F
Del S.S. _____ Tel.(_____)
Dirección _____

Compañía de Seguro Dental Primaria:

Empleador _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel. (_____) Plan _____
Nombre del Seguro _____ I.D. # _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel. (_____) Nombre del Grupo _____
Del Grupo _____ Persona Asegurada NOMBRE Y APELLIDO _____
Relación _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Del S.S. _____ Tel. (_____)
Dirección _____

Compañía de Seguro Dental Secundaria:

Empleador _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel. (_____) Plan _____
Nombre del Seguro _____ I.D. # _____
Dirección DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
Tel. (_____) Nombre del Grupo _____
Del Grupo _____ Persona Asegurada NOMBRE Y APELLIDO _____
Relación _____ Fecha de Nacimiento _____ Sex: M F
Del S.S. _____ Tel.(_____)
Dirección _____

Historial Medico:

A nuestros pacientes: aunque los cirujanos oral principalmente tratan el área dentro y al redor de la boca, su boca es parte del cuerpo entero. Problemas de la salud que usted pueda tener, o medicamentos que usted este tomando, pueden tener una interrelación con el cuidado que usted estará recibiendo. Gracias por contestar las siguientes preguntas. Sus respuestas son para nuestros archivos solamente y serán considerados confidenciales.

¿Razón por su visita de hoy? _____

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Estatura _____ Peso _____ ¿Esta en buena salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Han habido cambios en su salud general en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Esta bajo el cuidado de un doctor? Fecha de la última visita _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si respondió si, por cual razón recibió tratamiento? _____</i> | | |
| 4. ¿Ha tendido alguna enfermedad, operación o ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si respondió si, describa _____</i> | | |
| 5. ¿Tiene alguna herida sin curar o recurrente/área inflamada, crecimientos o puntos de irritación dentro o alrededor de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si respondió si, donde? _____</i> | | |
| 6. ¿Tiene alguna articulación protésica/implante? Si respondió si, ¿dónde? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido un reemplazo de la válvula del corazón o un injerto vascular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ud., o algún familiar, han tendido alguna reacción inusual o seria a la anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Algún doctor o dentista le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Ha tenido o actualmente tiene:	Sí	No	Anotaciones
10. Fiebre reumática?			
11. Válvulas del corazón dañadas / Prolapso de la válvula mitral?			
12. Soplo en el corazón?			
13. Presión arterial alta?			
14. Presión arterial baja?			
15. Dolor o angina de pecho?			
16. Ataque(s) al corazón?			
17. Palpitaciones del corazón irregulares?			
18. Marcapasos cardíaco?			
19. Cirugía cardíaca?			
20. Neumonía, bronquitis, tos crónica?			
21. Asma?			
22. Alergia al polen / problemas nasal?			
23. Ronquidos / apnea del sueño?			
24. Dificultad al respirar / problemas pulmonar?			
25. Tuberculosis?			
26. Enfisema?			
27. Fuma? Cajetillas al día? _____			
28. Usa tabaco de mascar?			
29. Transfusión de sangre?			
30. Desorden sanguínea tal como anemia?			
31. Se le hacen moretones fácilmente?			
32. Tendencia a sangrar / Sangra anormal?			
33. Hepatitis, ictericia, enfermedad del hígado?			
34. Mononucleosis infecciosa?			
35. Problema de la vesícula?			
36. Temporadas de desmayos?			
37. Convulsiones / epilepsia?			

¿Ha tenido o actualmente tiene:	Sí	No	Anotaciones
38. Derrame cerebral?			
39. Problema de tiroides?			
40. Diabetes?			
41. Azúcar baja en la sangre?			
42. Problema de riñón?			
43. Colesterol alto?			
44. Está en tratamiento de diálisis?			
45. Tobillos inflamados / artritis?			
46. Osteoporosis / osteopenia?			
47. Osteonecrosis?			
48. Ulceras estomacales / reflujo?			
49. Enfermedades contagiosas?			
50. Enfermedades de transmisión sexual?			
51. Problemas con el sistema inmunológico? Posiblemente de medicina, cirugías, etc.			
52. Retraso en sanar?			
53. Tumor o crecimiento?			
54. Cáncer / radioterapia/ Quimioterapia?			
55. Fatiga crónica / sudores nocturnos?			
56. Está en dieta?			
57. Historial de abuso de alcohol?			
58. Historial de abuso de drogas?			
59. Lentes de contacto?			
60. Enfermedad de los ojos / glaucoma?			
61. Problemas de salud mental / ansiedad / Depresión?			
62. Eliminación de un aparato dental?			
63. Dolor o chasquido de la quijada al masticar?			

Mujeres solamente: (preguntas 64-67)

- | | Sí | No | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 64. ¿Hay alguna posibilidad de estar embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 66. ¿Esta amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. ¿Fecha prevista de nacimiento? _____ | | | 67. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aviso: los antibióticos (tal como la penicilina) pueden alterar lo efectivo de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su doctor para otros métodos anticonceptivos.

En su familia, hay historial de:

68. ¿Cáncer? **Sí** **No**
 69. ¿Diabetes? **Sí** **No**

70. ¿Enfermedades del corazón? **Sí** **No**
 71. ¿Problemas con la anestesia? **Sí** **No**

¿Está tomando:		Si	No	Anotaciones
72.	Medicamentos, drogas, píldoras?			
73.	Diluyentes de sangre (Coumadin, Plavix, Aspirina, Vitamina E, Ginko biloba, Aggrenox, Pradaxa, aceite de pescado)?			
74.	Píldoras dietéticas?			
75.	Producto natural, suplemento herbario o remedio homeopático?			
76.	O ha tomado medicamentos para la densidad ósea tal como Fosamax, Boniva, Actonel, IV- Zometa, or Aredia en los últimos 12 años?			
77.	Tranquilizantes, píldoras para dormir, antidepresivos, y/o narcóticos regularmente? Si es así, cuáles?:			
78.	Por favor anote cualquier medicamento que está tomando:			
	Medicamento	Dosis	Frecuencia	

¿Tiene alergias o ha tenido reacciones a:		Si	No	Anotaciones
79.	Anestesia local (medicamentos para adormecer)?			
80.	Penicilina?			
81.	Otros antibióticos?			
82.	Sulfamidas?			
83.	Pentotal sódico / Valium / Otros tranquilizantes?			
84.	Aspirina?			
85.	Amoxicilina?			
86.	Codeína u otros narcóticos?			
87.	Otros medicamentos?			
88.	Látex?			
89.	Soya?			
90.	Huevos / Yema?			
91.	Sulfuros?			
92.	Tiene alguna alergia común?			
93.	Por favor anote cualquier alergia que tenga aparte de medicamentos:			

Yo **certifico** que he leído y entiendo las preguntas de arriba. Reconozco que mis preguntas, si cualquiera, sobre las preguntas mencionadas arriba han sido contestadas a mi satisfacción. No hare a mi doctor, o a cualquier miembro de su personal, responsable por cualquier error u omisiones que yo haiga hecho al completar este formulario.

X _____ **Firma del paciente** (Padre o guardián si es un menor) X _____ **Revisado por** X _____ **Fecha**

NOMINAS Y PAGOS

Hacemos todo esfuerzo para mantener bajo el costo de su cuidado. Usted puede ayudar pagando a la terminación de cada visita. Otros acuerdos se pueden hacer con nuestra gerente dependiendo de las circunstancias especiales. Un estimado de los cargos de cualquier procedimiento o cirugía que pueda requerir se le dará a petición suya. Si tiene algún seguro dental o medico será nuestro placer completar las formas adecuadas, pero complete su información personal en este formulario.

Por favor recuerde que el seguro es considerado como un método de reembolsarle al paciente por las nóminas que se le pagan al doctor y no es sustituye pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo, **es su responsabilidad pagar cualquier deducible, con otro seguro que cubra el resto o cualquier saldo que no sea cubierto por la compañía de su seguro.** Usted será responsable de todos los cobro de colección, nóminas de los abogados, y nóminas de la corte.

X _____ **Firma del paciente** (Padre o guardián si es un menor) X _____ **Fecha**

Esta firma archivada será mi autorización para divulgar la información necesaria para procesar el reclamo. Por la presente autorizo pago al doctor nombrado a los beneficios que al contrario serian pagados a mí.

X _____ **Firma del paciente** (Padre o guardián si es un menor) X _____ **Fecha**

AUTORIZACION

Autorizo a mi doctor y/o a su personal designado, para que realice una examinación oral o maxilofacial con el propósito de diagnosticar y realizar un plan de tratamiento. Además, autorizo que se realicen las radiografías requeridas como una función necesaria de esta examinación. Adicionalmente, si es medicamento requerido, autorizo la divulgación de cualquier información adquirida durante el curso de mi examinación y tratamiento a mis otros doctores y/o a las compañías de seguros. Permito que se dejen mensajes en mi teléfono con respecto a mi cita

X _____ **Firma del paciente** (Padre o guardián si es un menor) X _____ **Testigo** X _____ **Doctor** X _____ **Fecha**

Por la presente reconozco que se me ha entregado una copia de las Prácticas de Privacidad de este despacho. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que he tenido sobre este Aviso.

X _____ **Firma del paciente** (Padre o guardián si es un menor) X _____ **Fecha**



6144 S. Pulaski Rd.
Chicago, IL 60629
773-585-8000

Acuerdo Financiero para Tratamiento

Se requiere un depósito del 20% en el momento de hacer la cita. Este es un depósito no reembolsable si esta cita se cambia o se cancela sin aviso de 24 horas. El balance se debe en su totalidad en el momento en que se complete sus servicios.

Para aquellas personas que prefieren condiciones de pago especiales, financiamiento externo está disponible a través de CareCredit a través de nuestra oficina, con crédito aprobado. Por favor, solicite información adicional si no tiene conocimiento de CareCredit.

Si no puede proporcionar un depósito, se cobrará una cantidad no reembolsable de \$ 100 y se aplicará a su cuenta para reservar su cita. En caso de que usted elija perder la cita, el dinero se aplicará a nuestra tarifa de cita perdida.

Póliza de Cancelación

Como se mencionó anteriormente, se requiere un depósito del 20% en el momento de hacer la cita y este depósito no es reembolsable si cambia o cancela su cita sin un aviso de 24 horas. También no aceptamos cancelaciones tomadas a través de contestador automático; la llamada debe hacerse directamente a una de nuestro personal durante el día laboral ordinario.

Además del acuerdo anterior, el individuo firmado abajo será responsable de todas las tarifas del servicio de cobro en caso de falta de pago acordado dentro de este contrato legal.

He leído, entiendo y acepto todas las condiciones de este Acuerdo Financiero.

Firma del Paciente / Padre / Guardian

Fecha