



# Stec Cosmetic and Family Dentistry, LLC

## Información Del Paciente

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo M  F

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Tel De Casa: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Dirección Electronica: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador Tel: \_\_\_\_\_ Años emp: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿a quién le agradecemos que le haya referido? \_\_\_\_\_

¿Otros miembros de la familia vistos por nosotros? \_\_\_\_\_

## Información del cónyuge

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente de arriba: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel De Casa: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador Tel: \_\_\_\_\_

## Persona Responsable

¿Es usted responsable de la cuenta? Yes  No

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_

Dirección de facturación si difiere de la anterior: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación a paciente: \_\_\_\_\_

## El Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

## Información del seguro

### Seguro primario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

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

Número de grupo de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

SSN del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

### Seguro secundario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

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

Número de grupo de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

SSN del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

## Historial Dental

Última visita dental: \_\_\_\_\_

Última limpieza dental: \_\_\_\_\_

¿Necesitas pre-medicina antes del tratamiento dental? Sí  No

¿Llevas dentaduras postizas o parciales? Sí  No

¿Hay algo en tu sonrisa que cambiarías? Sí  No

¿Roncas o tienes apnea del sueño? Sí  No

¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? Sí  No

¿Muelas o aprietas los dientes? Sí  No

¿Alguna vez ha tenido dolor en la mandíbula, en la cara o alrededor de la oreja? Sí  No

¿Tienes dolores de cabeza frecuentes? Sí  No

¿Su articulación de la mandíbula hace clic o revienta? Sí  No

¿Tiene dificultades para abrir ampliamente? Sí  No

¿Tienes un olor o sabor desagradable en la boca? Sí  No

¿Tienes un olor o sabor desagradable en la boca? Sí  No

¿Tienes un olor o sabor desagradable en la boca? Sí  No

### Historia dental (continuación)

¿Te sangran las encías cuando te cepillas? Sí  No   
¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad de las encías? Sí  No   
¿Es tu boca sensible a la presión? Sí  No   
    ¿fría? Sí  No  ¿Caliente? Sí  No   
¿Se atrapa la comida entre tus dientes? Sí  No   
¿Tiene dificultad para adormecerse para un tratamiento dental? Sí  No   
Agregue cualquier otra cosa que considere importante para que el médico sepa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Acuerdo financiero

Reconozco que el pago se debe en su totalidad al momento del tratamiento, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también soy responsable de pagar los copagos y deducibles que mi seguro no cubre.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Reconocimiento de seguros

Su proveedor de seguro dental puede cambiar los códigos dentales, degradar o pagar una opción de tratamiento alternativa. Si esto sucede, entonces según el estado de Nebraska LB 180: 44-7,105, se anulará cualquier acuerdo contractual con esta oficina o cualquier otra oficina dental. Usted será responsable de la diferencia de nuestra tarifa menos el monto que paga el seguro.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Política de cancelación / no show

Cuando nuestra oficina reserve su cita, estamos reservando una silla y un horario dedicados exclusivamente para usted. Solo le pedimos que, si tiene que reprogramar su cita, nos envíe un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible otorgar su espacio de tiempo reservado a otro paciente que estaría más que feliz de aceptar.  
Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$ 50.00 por cancelaciones tardías o citas perdidas. Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Autorización de tratamiento

Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que recibí o me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stec Cosmetic and Family Dentistry, LLC.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historial Médico

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una relación importante interrelación con la odontología que recibiras. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Cuál es el nombre de su medico?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación mayor ?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Estás tomando algún medicamento, pastillas o drogas?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Tomas una medicación previa?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Estás tomando anticoagulantes?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado Fosomax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Estás en una dieta especial?  Sí  No

¿Usas tabaco?  Sí  No

Mujeres: Eres tu

Embarazada/Tratando de quedar embarazada?  Amamantamiento?  Tomar anticonceptivos orales?

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?

- |                                       |                                     |                                       |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina     | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína      | <input type="checkbox"/> Acrílico        |
| <input type="checkbox"/> Metal        | <input type="checkbox"/> Látex      | <input type="checkbox"/> Drogas sulfa | <input type="checkbox"/> Anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina |                                     |                                       |  |

¿Utiliza sustancias controladas?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Otro?  Sí  No En caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes?

SIDA / VIH positivo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicina de la cortisona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hemofilia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis A	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anafilaxia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Drogadicción	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diálisis renal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fácilmente enrollado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Herpes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Angina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reumatismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artritis / gota	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escarlatina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Válvula de corazón artificial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Urticaria o erupción	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	varicela adulta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Articulación artificial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sed excesiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad de célula falciforme	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Desmayos / mareos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Latido del corazón irregular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de sinusitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tos frecuente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Espina bífida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Leucemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estómago / enfermedad intestinal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Carrera	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fácilmente abollado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Herpes genital	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazón de las extremidades	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quimioterapia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco / fracaso	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Herpe de la boca / ampollas de la fiebre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumores o Crecimientos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trastorno cardíaco congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlceras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ictericia amarilla	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista?      Sí  No       En caso afirmativo \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia y número de teléfono \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_