

Información Del Paciente							
Fecha de hoy							
Nombre:							
Apellido: Sexo M 🗆 F 🗆 Fecha De Nacimiento: SSN:							
Fecha De Nacimiento:SSN:							
Dirección:							
Ciudad: Estado:							
Código Postal:							
Solotero(a)□ Casado(a)□ Divorciado(a)□ Viudo(a)□ Separado(a)□							
Tel De Casa:Cell:							
Dirección Electronica:							
Empleador:							
Empleador: Años emp:							
Ocupación:							
¿a quién le agradecemos que le haya referido?							
O. 1. 2002 a M. 2002 a M. 200							
¿Otros miembros de la familia vistos por nosotros?							
Información del cónyuge							
- Información del conyage							
Nombre:							
Dirección si es diferente de arriba:							
Ciudad:Estado:							
Cádina Dastal.							
Tel De Casa: Cell:							
Tel De Casa: Cell: SSN:							
Empleador:							
Empleador Tel:							
Persona Responable							
¿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: 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: <u>Ultima</u> 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				

Historia dental (continuación)	Acuerdo financiero				
¿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:	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				
Reconocimien	nto de seguros				
Su proveedor de seguro dental puede cambiar los códigos alternativa. Si esto sucede, entonces según el estado de No contractual con esta oficina o cualquier otra oficina dental menos el monto que paga el seguro. Iniciales	ebraska LB 180: 44-7,105, se anulará cualquier acuerdo				
Política do canço	olación / no chow				
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.					
Autorización o	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 Práctic	as de Privacidad				
Reconozco que recibí o me ofrecieron una copia del Aviso Dentistry, LLC.					
Firma Fecha					
Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a información se mantendrá en la más estricta confidencialic cualquier cambio en mi estado médico.	•				
Firma Fecha					

Stec & Stines Cosmetic and Family Dentistry **Medical History**

Patient Name:		****		Birth D	ate:		D	ate: _	to carrie to a feet to the contract of the con	
Although dental personi medication that you may	nel primarily trea y be taking, cou	at the area in and ar Id have an importar	ound you nt interrela	r mouth, yo tionship w	our mouth rith the der	is a part of you ntistry you will r	ur entire body receive. Thanl	v. Heal k you t	th problems that you ma for answering the followi	y have, or ng questions.
Name of Physician?			O Yes	O No	If yes					
Have you ever been to operation?	nospitalized or	had a major	O Yes	O No	If yes				50 D.S.	
Have you ever had a	serious head	or neck injury?	O Yes	O No	If yes				-	
Are you taking any m		5 5		O No	If yes			1937		
Do you take a pre-me				O No	If yes	W 200				
Are you taking blood				O No	If yes		100			
5.55X SA-55X		ivo Actoral ar			The Control of the Co					
Have you ever taken any other medication	s containing b			O No	If yes _					
Are you on a special	diet?		O Yes	O No						
Do you use tobacco?	•		O Yes	O No						
Women: Are you ☐ Pregnant/Tryi	ng to get preg	nant?	Nursing?				☐ Taking o	oral c	ontraceptives?	
Are you allergic to an ☐ Aspirin ☐ Metal ☐ Erythromycin		ing? ☐ Penicillin ☐ Latex			☐ Code				crylic ocal Anesthetics	
Do you use controlled	d substances?	C	Yes Q	No If ye	es					
Other?				If ye						
Do you have, or have	vou had anv	of the following?								
AIDS/HIV Positive Alzheimer's Disease Anaphylaxis Anemia Angina Arthritis/Gout Artificial Heart Valve Artificial Joint Asthma Blood Disease Blood Transfusion Breathing Problems Bruise Easily Cancer Chemotherapy Chest Pains Cold Sores/Fever Blisters Congenital Heart Disorder Convulsions Yellow Jaundice Have you ever had ar Emergency Contact a	Yes O No Yes O No Yes O No Yes O No		es O es O es O asse O asse O	Yes O No	Hepati Hepati Hepati High C Hives Hypog Hregul Kidney Leuker Liver E Low B Lung E Mitral Osteop Pain in Parath	tis A tis B or C s lood Pressure holesterol or Rash lycemia ar Heartbeat Problems mia bisease lood Pressure bisease Valve Prolapse	 ○ Yes 	NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO N	Radiation Treatments Recent Weight Loss Renal Dialysis Rheumatic Fever Rheumatism Scarlet Fever Shingles Sickle Cell Disease Sinus Trouble Spina Bifida Stomach/Intestinal Diseas Stroke Swelling of Limbs Thyroid Disease Tonsillitis Tuberculosis Tumors or Growths Ulcers Venereal Disease	 Yes N
To the best of my kno										rmation can

Signature of Patient, Parent or Guardian:

X	Date:
*	