

Bienvenidos a nuestra práctica. Tome por favor unos minutos para llenar esta forma.  
Si tiene cualquier pregunta, nosotros estaremos contentos ayudarlo.

**Jorge E. Vallejo, DMD • Kathleen Gilmore, DMD**  
REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLOGICO

Fecha \_\_\_\_\_ (POR FAVOR PRINT) Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Preferido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  
 Separado(a)  Divorciado(a)  Menor

Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador/Escuela (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre \_\_\_\_\_ Cónyuge/Padre – Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Social Security #/TIN# \_\_\_\_\_ Cónyuge /Padres - Social Security/TIN# \_\_\_\_\_

Compañía de seguro - Nombre & teléfono \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quién debemos notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Jamás ha tenido usted cualquiera del siguiente? (cheque las cajas abajo):

SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seizures/Tomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Célula de Hoz	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos o Mareo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toma Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toma Medicinas de Dieta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula Artificial-Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coyunturas Artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos de Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ulceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gomas Sangrientas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis (Typo A,B,C)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Es alérgico a?:</b>	
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Positivo de VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia Química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de Mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro?	
Colesterol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Válvula Congenital-Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso Mitral de Válvula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tratamientos de Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tos (Persistente/Sangriento)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Ha respondido usted adversamente a algun tratamiento médico o dental?  Sí  No

¿Esta tomando cualquier medicina en este momento?  Sí  No ¿Se sí, qué? \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico?  Sí  No ¿Para qual condicion? \_\_\_\_\_

¿Sospecha que está embarazada?  Sí  No ¿Toma píldoras anticonceptivas?  Sí  No

**CERTIFICACION**

Según mi mayor conocimiento, la información proporcionado en esta forma es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad de informar a mi médico si yo o mi niño tiene un cambio en la salud.

**CONSENTIMIENTO DE SECUNDARIO/NIÑO**

Soy el padre, el guardián, o representante personal de \_\_\_\_\_ y no hay ordena tribunal ahora vigente que me prohíbe de firmar este consentimiento. Hago petición y autorizo el personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para el niño denominado arriba, inclusive y no limitado a radiografías, y a la administración de anestésicos, que es creído conveniente por el médico, sin tener en cuenta si estoy presente cuando el tratamiento es rendido.

**ASIGNO DE SEGURO**

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos un partido a ese contrato. Nosotros no participamos con cualquier plan. Estamos dispuestos a ayudarlo a recibir sus beneficios admisibles máximos procesando sus reclamos al seguro para usted. Para lograr estos objetivos, nosotros necesitamos su ayuda. Es su responsabilidad de verificar el beneficio alcance para cualquier servicio realizado en esta facilidad. No todos los servicios son cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que ellos no cubrirán. Debemos acentuar que como un proveedor dental, nuestra relación está con usted, no su compañía de seguros. Reclamos al seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todas las cargas son su responsabilidad desde la fecha que los servicios son rendidos. Su firma abajo nos autorizará a utilizarlo en todos los sumisiones de seguro y permitimos tarea de beneficios si somos de recibir el pago de seguro. **Nuestra política del pago es así:**

- 1. El paciente que tiene seguro que envía el pago directamente al paciente tendrá que pagar por su tratamiento en tiempo del servicio
- 2. El paciente que tiene seguro que envía el pago a nuestra oficina tendrá que pagar la co-paga y franquicia (si aplicable) para su tratamiento al tiempo del servicio

**ACUERDO FINANCIERO**

Reconozco que el pago es debido en el momento de tratamiento, a menos que otros arreglos sean hechos. Acepto responsabilidad financiera de todas las cargas para servicios. Los pagos pueden ser hechos por dinero efectivo, cheque o la tarjeta de crédito. Nosotros también participamos con Care Credit, que es semejante a una tarjeta de crédito y utilizado sólamete para el tratamiento dental. Un \$30 honorario será impuesto en cualquier cheque regresado para fondos insuficientes.

**CITAS**

Si cancela una cita con menos de 24 horas advierte o falta de aparecer para su cita, habrá una carga de \$60 de la cita.

\_\_\_\_\_  
La firma de Paciente/Padre, el Guardián o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de Paciente/Padre, el Guardián o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
La relación al Paciente

Uso de Oficina:

**MEDICAL HISTORY UPDATE**

Date \_\_\_\_\_ Has there been any change in the patient's health since the last dental appointment?  Yes  No  
For what conditions? \_\_\_\_\_  
Is the patient taking any new medications?  Yes  No If so, what? \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY UPDATE**

Date \_\_\_\_\_ Has there been any change in the patient's health since the last dental appointment?  Yes  No  
For what conditions? \_\_\_\_\_  
Is the patient taking any new medications?  Yes  No If so, what? \_\_\_\_\_