



¡Bienvenido!

Gracias por elegirnos para sus necesidades dentales.

Información para el paciente (confidencial)

fecha _____

Nombre _____ fecha de nacimiento _____ teléfono de casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ teléfono celular _____

Número de seguro social _____ lugar de trabajo _____

Espos(a)/padres Nombre _____ teléfono del trabajo _____

Espos(a)/padres número de seguro social _____ Fecha de nacimiento de Espos(a)/padres _____

A quien podemos dar gracias por la referencia? _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ teléfono _____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta? _____ Relación _____

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Por favor marque la opción que prefiera:

Dinero en efectivo Cheque Personal tarjeta de crédito Automático retiro de pagos

Información sobre el seguro

Nombre del beneficiario como aparece en la tarjeta de seguros _____

Relación _____ fecha de nacimiento _____ ¿a través del trabajo? Nombre del Empleador _____

Nombre de compañía de seguros y la dirección con número de servicio al cliente _____

Número único de identificación en la tarjeta del seguro y número de seguro social _____

Historia de la salud adultos

(Confidencial)

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primer) _____ (MI) ____ (Nombre de preferencia) _____

¿Cuál es el nombre de su médico? _____

Número de teléfono de oficina del médico: _____

¿Cuál es la fecha de su último examen físico? (Mes/año) _____

Está bajo el cuidado de un médico: Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿Cuál es la condición bajo tratamiento? _____

¿Ha habido cambio en su salud general durante el último año? Si ____ No ____

Por favor especificar condición: _____

¿Has tenido alguna enfermedad grave, operación, o sido hospitalizado en los últimos 5 años? Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿cuál fue el problema o enfermedad? _____

¿Ha tenido un reemplazo ortopédico común total (ej.: cadera, rodilla, codo)? Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿qué articulación fue reemplazado, cuando fue substituido, y has tenido complicaciones?

¿Ha tenido radioterapia, o quimioterapia por un tumor de crecimiento o otra condición? SI ____ No ____

Por favor especifica _____

Historia de la salud (continuada)

¿Ha tomado, está tomando o está previsto comenzar a tomar oral o IV los bifosfonatos?

¿(Ej.: alendronato (Fosamax), ibandronato (Boniva), risedronato (Actonel)? SI ___ No ___

En caso afirmativo, ¿qué drogas, dosis y frecuencia? _____

Si es así, para que _____

En caso afirmativo, especifique cuando usted comenzó a tomar, están programados para comenzar a tomar o Cuándo fue la última vez que le

se toma oral o IV los bifosfonatos.

¿Actualmente está tomando un anticoagulante como aspirina, warfarina o Coumadin? Yes ___ No ___

En caso afirmativo, especifique _____

¿Usa tabaco (fumar, tabaco, masticar)? Si ___ No ___

En caso afirmativo, por favor especificar cantidad del day _____

¿En caso afirmativo, usted está interesado en parar?

___ Muy ___ Algo ___ No esta interesado

Mujeres sólo

¿Está embarazada o cree que pudiera estar embarazada? Si ___ No ___

En caso afirmativo, número de semanas? _____

¿Está amamantando usted? SI ___ No ___

Historia de la salud (continuada)

MEDICAMENTOS

Por favor indique cualquier medicamento, la dosis y frecuencia: (por favor incluya medicamentos de venta sin receta y a base de hierbas suplementos tales como Ginkgo, aceite de pescado y vitaminas)

CONDICIONES MÉDICAS

¿Tienes alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Desvanecimiento/convulsiones | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Problemas de hemorragia/coagulación |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Alzheimer/demencia | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación o implante | <input type="checkbox"/> SIDA o infección por el VIH | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de estómago, úlcera | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardiacos | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente el aliento | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis/ictericia | <input type="checkbox"/> Alergias/fiebre del heno |
| | <input type="checkbox"/> Ácido reflujo/acidez | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| | <input type="checkbox"/> Stroke/TIA | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón |
| | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> COPD |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Otros |

Si usted tiene cualquier condición mencionados, o cualquier otra condición o problema no mencionados, por favor especifique: _____

¿Usted siempre buscó tratamiento para la dependencia de drogas o alcohol? Si ___ No ___

En caso afirmativo, especifique _____

Historia de la salud (continuada)

ALERGIAS

¿Es usted alérgico a o ¿ha tenido alguna reacción a cualquiera de las siguientes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales (novocaína/epinefrina) | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sulfonamidas / u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Codeína y otros narcóticos |
| <input type="checkbox"/> Joyería metales (del níquel/de cromo) | <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> Otros medicamentos | <input type="checkbox"/> No alergias a medicamentos conocidas |

Por favor especifique el tipo de reacción: _____

¿Antecedentes familiares de diabetes? SI ___ No ___

¿Historia familiar de enfermedad cardíaca? SI ___ No ___

¿Historia familiar de cáncer o tumores? SI ___ No ___

Firma _____ Fecha _____ Fecha de respuesta _____

Gracias por tomarse el tiempo para llenar esta forma!

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Dirijo voluntariamente a mi compañía de Seguros (o abogado) para pagar a los miembros de Carroll Dental Associates (Dr. Nicholas Fangman, Dr. Marie G'Sell, Dr. Nic Wilhelmi y Dr. Michelle Sturm) directamente por cargos de servicios profesionales

prestado a mí. SE TRATA DE UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA. Estoy de acuerdo que soy responsable de cualquier balance por encima de los pagos de seguros/abogado para estos servicios. Entiendo y estoy de acuerdo que si esfuerzos de cobranza son necesarios para obtener el pago en esta cuenta, sere responsable de todos los costos de tales esfuerzos de colección, incluidos los honorarios de abogado razonables.

ENTIENDO QUE CUALQUIER SALDO NO PAGADO ACUMULARÁ INTERÉS MENSUAL DE 1,5% DESPUÉS DE 30 DÍAS DE ATRASO, A MENOS QUE SE HAGAN HECHO ARREGLO DE PAGO PRENO.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo voluntariamente que miembros de Carroll Dental Associates y quien Dr. senala coma asistentes o higienista o asociados para administrar exámenes y atención según se considere necesario para mi condición.

CITAS

Falta de citas sin aviso de 24 horas, excepto en una emergencia, será documentada. Múltiples citas perdidas dará lugar al despido de la práctica.

FIRMA DE PACIENTE/PADRES O GUARDIAN _____

FECHA _____



Nicholas J. Fangman DDS, Marie C. G'Sell DDS, Nic Wilhelmi, Michelle N. Sturm DDS

Recibo de la notificación de prácticas de privacidad

* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento *

Se me a ofrecido una copia de aviso de prácticas de privacidad efectivamente desde el 1 de enero st , 2014.

Imprimir el nombre del paciente: _____

Firma del paciente o persona autorizada al consentimiento: _____

Relación del paciente con la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Para uso de oficina solamente

Se intentó obtener acuse escrito de recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibidas obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia impedido de obtener reconocimiento
- Otras (especificar)