

Bienvenido

Liberty Dental Group

(925) 634-3501

6440 Brentwood Boulevard, Suite B | Brentwood, CA 94513

Por favor rellene este formulario completamente. Mientras mejor que nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

Sobre Usted

Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____

Correo Electrónico: _____

Nombre: _____

Apellido Nombre Sr. Sra. Srta.

prefero que me llamen por: _____ Male Female

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____

SS#: _____

Dirección de casa: _____

Apt./Condo #

Ciudad Estado Código postal

Soltero Casado Divorciado Vuido Separated

Tel. Casa: (____) _____ Tel. Cell / Otro #: _____

Tel. Trabajó: (____) _____ Ext. ____

Licencia de manejar: _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

¿Cuanto tiempo lleva en ese trabajo? ____ Ocupación: _____

¿Cuando y a qué hora es mejor llamarte? _____

¿A quein debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: _____

Dentista previo/ actual: _____

(Porfavor haga un circulo alrededor del que convenga)

Persona responsable for la cuenta: _____

Información del/a Esposo/a

Su nombre _____

Patrón _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext. ____

de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Licencia de manejar #: _____

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: _____ Relation: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Casa #: (____) _____

Aseguranza

¿Plan Dental? Si No

Compania de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono #: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Secondary Insurance

¿Plan Dental? Si No

Compania de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono #: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios, recibidos así como por el pago de cualquier copago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo del aseguranza quede otro modo me serían pagados. **Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental.** Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnostico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma

Fecha

Continúe al dorso

Historial Médico

¿Tiene Ud. un médico personal? Sí No

Nombre del médico: _____

Tel. #: (____) _____ Fecha de la última visita: _____

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

Actualmente, ¿Está Ud. bajo atención médica? Sí No

Por favor, explique: _____

Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco? Sí No

¿Le han puesto varillas de meal, tornillos o implantes? Sí No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta? Sí No

Haga un lista de cada una: _____

¿Ha tomado una vez Phen-Fen?

También conocido como Redux or Pandimin Sí No

Si lo ha tomado, ¿Cuándo? _____

Para mujeres: ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Está Ud. embarazada? Sí No **Week #:** _____

¿Está lactando? Sí No

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrando anormal/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes / Ampollas de fiebre |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcohol / abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No VIH |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos / coyunturas / válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer / Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática / escalata |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas adultas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque cardíaco / crugia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo de carazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venéreas |

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga / haya tenido: _____

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyas/ metales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Látex | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro |

Haga una lista de cualquier otra medicina / material al que sea alérgico: _____

Dental History

¿Por qué vino al dentista hoy?? _____

Sufre de dolor este momento? Sí No

Requiere Ud. de antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No

Su estado actual de salud es: Good Fair Poor

¿Ha tenido Ud. problemas serios / complicaciones asociados con trabajos dentales previos? Sí No

¿Utiliza hilo dental a diario? Sí No

¿Se cepilla los dientes a diario? Sí No

Tipo de cerdas en el diente? Duras Medianas Suaves

¿Ha tenido tratamiento para las encías? Sí No

¿Sangran sus encías? Sí No ¿Le Pican? Sí No

¿Ha sufrido alguna vez de enfermedades periodonticas? Sí No

¿Ha sufrido Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandibula (TMJ / TMD)? Sí No

¿Son sus dientes sensibles al calor, frio u otra cosa? _____

¿Se mueven sus dientes? Sí No

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio? Sí No

¿Le gustaría tener un aliento más fresco? Sí No

¿Le gustaría tener los dientes más blancos? Sí No

Esta contento con su sonrisa? Sí No

Si no esta contento, ¿que cambiaría? _____

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en las más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma

Fecha

Para uso de la oficina solamente

He revisado verbalmente la información médica / dental con el paciente aquí nombrado

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del doctor: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y esta comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitadas por la OSHA, el CDC y la ADA

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita? Sí No

Si respondió que si, por favor explique: _____

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita? Sí No

Si respondio que si, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Date _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Date _____