

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado/codigo postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono mobil: _____

Correo electrónico: _____ SS#: _____

Nombre y direccion de su Médico: _____

Razón por su visita: _____ ¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta) **SI** **NO**

¿Está en buena salud general?

¿Tiene usted la necesidad de ser pre-medicado para cualquier tratamiento dental?

¿Tiene alguna articulación artificial?

¿Han habido cambios en su salud durante el último año?

¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?

¿Si Si, por qué? _____

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____

Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su último examen dental: _____

Por favor liste todas sus alergias: _____

Historia Médica

TIENE O HA TENIDO:	SI	NO		SI	NO
¿Dolor de pecho (angina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Los tobillos hinchados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ruidos o zumbidos en los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Falta de aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Reciente pérdida de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desmayos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tos persistente o tos con sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Vista borrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas de sangramiento, moretes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas nasales (sinusitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sed excesiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad al tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Orina con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Diarrea, estreñimiento, sangreen las heces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Vómitos con frecuencia, náuseas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ictericia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o rigidez en las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÓLO PARA MUJERES: **SI** **NO**

¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

TIENE O HA TENIDO:	SI	NO		SI	NO
¿Enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Infarto o defectos en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tumores, cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Soplos en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Artritis, reuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades de los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Apoplejia, endurecimiento de las arterias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presión sanguínea alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Enfermedades pulmonares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades venéreas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Enfermedades del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas del estómago, úlceras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades renales (riñón, vejiga)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alergias a medicamentos, látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades de tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tratamiento psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Válvula artificial del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIENE O HA TENIDO:	SI	NO		SI	NO
¿Dolor de cara crónico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor al masticar o abrir la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Chasquido en la articulación mandibular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le atoró comida entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad para abrir o cerrar la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Reciente dolor/sensibilidad de muelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad al masticar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mordida incómoda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ampollas/lagas en los labios o la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Reciente necesidad de masticar por un lado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mal aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le arden los labios o la lengua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dientes flojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hinchazón o bultos en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tratamiento de ortodoncia (frenos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sangrado en las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cirugía o tratamiento de las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿ESTÁ TOMANDO?	SI	NO		SI	NO
¿Drogas de uso recreativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tabaco de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Remedios o medicamentos (aspirina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste todos los medicamentos (incluyendo aspirina) que a tomado en los últimos 6 meses:

Nombre y dosis _____

Que yo sepa, he respondido correctamente y completamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha:: _____ Firma del Doctor:: _____
 (If minor, parent or responsible party)

Revisión suplementaria:

Firma del Paciente _____ Fecha:: _____ Firma del Doctor:: _____

Firma del Paciente _____ Fecha:: _____ Firma del Doctor:: _____

Firma del Paciente _____ Fecha:: _____ Firma del Doctor:: _____

Dental Insurance Information

Primary CarrierName of Insured: _____ Is insured a patient? YES NO

Insured's Birth Date: _____ ID # _____ Group # _____ SS # _____

Insured's Address: _____

Insured's Employer: _____

Address: _____

Patient's relationship to insured: Self Spouse Child Other _____

Insurance Plan Name and Address _____

Insurance Plan Phone # _____

If you have Secondary Insurance, Complete this sectionName of Insured: _____ Is insured a patient? YES NO

Insured's Birth Date: _____ ID # _____ Group # _____ SS # _____

Insured's Address: _____

Insured's Employer: _____

Address: _____

Patient's relationship to insured: Self Spouse Child Other _____

Insurance Plan Name and Address _____

Insurance Plan Phone # _____

Photography Release

I hereby authorize Dr. Mario Pary / Smile Dental Center, to take photographs, slides, and / or videos of my face, jaws, and teeth.

I understand that the photographs, slides, and / or videos will be used as a record of my care, and may be used for educational purposes in lectures, demonstrations, advertising (including but not limited to website publications, newspapers, magazines, phone books, television), and professional publications (dental journals).

I further understand that if the photographs, slides, and / or videos are used in any publication or as part of a demonstration, my name or other identifying information will be kept confidential. I do not expect compensation, financial or otherwise, for the use of these photographs.

Patient Signature: _____ Date: _____

Financial Policy

Thank you for choosing our office as your dental health care provider. We are committed to providing you with the highest quality lifetime dental care, so that you may fully attain optimum oral health. Please understand that payment of your bill is considered part of your treatment.

Payment is due at the time service is provided. Our office accepts cash, personal checks, MasterCard, and Visa. Outside financing is available upon request and approval.

Please check if you would like more information about financing options.

Please Note: Returned checks will be subject to additional fees. In case it becomes necessary for our office to enlist a collection service and / or legal assistance, you will be responsible for any collection and / or legal charges incurred up to 35%.

-As a courtesy to you we will help you process all your insurance claims. Please understand that we will provide an insurance estimate to you, however it is not a guarantee that your insurance will pay exactly as estimated. Your insurance company and your plan benefits ultimately determine the amount paid. We will, of course, do all we can to make sure your estimate is as accurate as possible.

-All charges you incur are your responsibility regardless of your insurance coverage. We must emphasize that as your dental care provider, our relationship is with you, our patient, not with your insurance company. Your insurance policy is a contract between you, your employer, and your insurance company. Our office is not a party to that contract.

-Our practice is committed to providing the best treatment for our patients and we charge what is usual and customary for our area. **You are responsible for payment regardless of any insurance company's arbitrary determination of usual and customary rates.**

-We ask that you sign this form and/or any other necessary documents that may be required by your insurance company. This form instructs your insurance company to make payment directly to our office.

-We ask that you pay the deductible and co-payment, which is the estimated amount not covered by your insurance company, by cash, check, MasterCard, or Visa at the time we provide the service to you. Insurance payments are ordinarily received within 30-60 days from the time of filing. If your insurance company has not made payment within 60 days, we will ask that you contact your insurance company to make sure payment is expected. If payment is not received or your claim is denied, you will be responsible for paying the full amount at that time.

-We will cooperate fully with the regulations and requests of your insurance company that may assist in the claim being paid. **Our office will not, however, enter into a dispute with your insurance company over any claim.**

We thank you for the opportunity to serve your dental health care needs and welcome any questions you may have concerning your care or our financial policy.

I HAVE READ, UNDERSTAND AND AGREE TO THE ABOVE TERMS AND CONDITIONS. I AUTHORIZE MY INSURANCE COMPANY TO PAY MY DENTAL BENEFITS DIRECTLY TO MY DENTAL OFFICE.

CONSENT:

The undersigned hereby authorizes Doctor to take X-rays, study models, photographs, or any other diagnostic aids deemed appropriate by Doctor to make a thorough diagnosis of the patient's dental needs. I also authorize Doctor to perform any and all forms of treatment, medication and therapy that may be indicated. I also understand the use of anesthetic agents embodies a certain risk. **I understand that responsibility for payment for Dental Services provided in this office for myself or my dependents is mine, due and payable at the time services are rendered unless financial arrangements have been made.** I further understand that a finance, rebilling, collection charge or attorney fee will be added to any overdue balance.

Patient Signature: _____

(If minor, parent or responsible party)

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

****You May Refuse to Sign This Acknowledgement****

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Print Name

Signature

Date

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

