

**JAMES B. GARNER, D.D.S.
PATRICIA CUERVO-GARNER, D.D.S**

INFORMACION DEL PACIENTE					
Primer nombre	Inicial SN	Apellido	Como prefiere que lo llamen?	Seguro Social del Paciente	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Celular		Teléfono del trabajo	Fecha de Nacimiento	
Nombre de su empleador			Quien lo refirió ?		
Contacto de emergencia			Teléfono y relacion con el paciente		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
INFORMACION DEL SEGURO					
Nombre de Compañía de Seguros			Número de Identificación	Grupo/Póliza	
Teléfono de Compañía de Seguros			Nombre del Empleador		
INFORMACION DEL DUEÑO DE LA POLIZA (si no es el paciente mismo)					
Primer nombre	Inicial SN	Apellido	Relación con el paciente	Seguro Social del Asegurado	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo		Celular	Fecha de Nacimiento	
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (si no es el paciente o el dueño de la póliza)					
Primer nombre	Inicial SN	Apellido	Relación con el Paciente	Seguro Social del Responsable	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo		Celular	Fecha de Nacimiento	
Quién lo refirió ?		Persona de Contacto en caso de Emergencia		Teléfono	
ACUERDO FINANCIERO					
<p>Gracias por elegir nuestra oficina dental. Por favor lea la siguiente información y firme en señal de conformidad. Se requiere el pago de los servicios al 100% al momento de la visita. Para su conveniencia, aceptamos varias formas de pago: efectivo, cheques, tarjetas de crédito Visa y Mastercard. Por favor tenga en cuenta que someter el reclamo a su compañía de seguros y esperar por el pago de los servicios, son una cortesía que ofrecemos a nuestros pacientes. Nuestra oficina no tiene control sobre su póliza de seguros. El precio total de los servicios es su responsabilidad si su compañía de seguros decide no cubrir el tratamiento. Nos reservamos el derecho de cobrar \$25 por cheque retornado y \$20 por refacturación de cuentas con 30 días de atraso. Los gastos de cobranza, tarifas legales y gastos de corte también serán su responsabilidad si falla en pagar oportunamente. Si necesita cancelar o reprogramar una cita por cualquier razón, por favor notifique a la oficina con 24 horas de anticipación. Si el paciente falla en mantener su cita, se le cobrará una tarifa de \$25 a \$75, dependiendo de la longitud de la cita.</p>					
Si el paciente es menor de edad, puede usted tomar decisiones legales por este niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Firma del paciente/padre o representante legal				Fecha	

PARA USO DE LA OFICINA

ACTUALIZACIONES MEDICAS

No cambios	Cambios	Lista	Fecha	Firma del paciente/padre	Firma del Doctor/Hg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

HISTORIA DENTAL

Razón de su visita? _____ Fecha de su última revisión dental _____
El tratamiento dental lo pone nervioso? _____ Si _____ No _____ Algo _____ Extremadamente
Le han diagnosticado alguna vez enfermedad periodontal? (enfermedad de encías, piorrea, gingivitis) _____ Si _____ No
Ha perdido algún diente/s? _____ Si _____ No _____ Si su respuesta es si, estos dientes han sido reemplazados con
_____ Puente fijo _____ Dentadura parcial _____ Dentadura completa?

Marque (✓) si tiene o ha tenido los siguientes problemas :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hinchazones o grumos | <input type="checkbox"/> Dientes sueltos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Le suena la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Sangrado o encías adoloridas | <input type="checkbox"/> Desplazamiento de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento, mal sabor | <input type="checkbox"/> Cambio en su mordida | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al dulce | cerrar la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Impactación de alimentos | <input type="checkbox"/> Aprieta o muerde los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder | |

Estaría interesado en el tratamiento o información sobre cualquiera de los siguientes procedimientos dentales? Por favor marque (✓)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Puentes | <input type="checkbox"/> Carillas de porcelana | <input type="checkbox"/> Cambiar la forma de sus dientes |
| <input type="checkbox"/> Dentaduras parciales | <input type="checkbox"/> Blanqueamiento | <input type="checkbox"/> Reemplazar rellenos/calzas descoloridas |
| <input type="checkbox"/> Denturas completas | <input type="checkbox"/> Adhesiones dentales | |
| <input type="checkbox"/> Implantes | | |

HISTORIA MEDICA

Nombre de su Doctor General _____ Teléfono _____

Tiene o ha tenido lo siguiente? Por favor marque (✓)

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Nervios/Desórdenes mentales |
| <input type="checkbox"/> Algún problema del corazón | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Drogas/abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Válvula prostética del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Transmisión de enfermedades sexuales AIDS, HIV+, or ARC |
| <input type="checkbox"/> Unión artificial de cadera/rodilla | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiación/quimioterapia | | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Grumos/tumores/cáncer | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ |

Si usted es alérgico, o alguna vez tuvo una reacción alérgica a los siguientes medicamentos, por favor marque (✓)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Anestesia local | <input type="checkbox"/> Otros : _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicinas con sulfa | <input type="checkbox"/> Barbitúricos/Sedativos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | | _____ |

MEDICACIONES

Si usted esta tomando alguna de las siguientes medicaciones, por favor marque (✓) y describa.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antibióticos _____ | <input type="checkbox"/> Cortisona/esteroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina para la Tiroides _____ | <input type="checkbox"/> Insulina/Medicina para diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes _____ | <input type="checkbox"/> Estimulantes cardiacos _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina para la presión _____ | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes _____ |
| <input type="checkbox"/> Nitroglicerina _____ | <input type="checkbox"/> Bifosfonatos (medicación para osteoporosis) |

Alguna vez su Doctor General le ha dicho que se pre-medique antes de su tratamiento dental? _____ Si _____ No

Nombre de su farmacia _____ Teléfono de su farmacia _____

Firma del paciente/padre o representante legal _____ **Fecha** _____