

Bienvenido



**SANTA ANA
DENTAL GROUP**

Affordable and comfortable dental care

715 S. Main Street • Santa Ana, CA 92701

Fecha _____

Nro. de Licencia _____

Seguro Social _____

Celular _____

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Zip _____

Correo Electronico _____

Marque la casilla que corresponda: Menor de Edad Soltero(a) Casado(a)

Empleador del Paciente _____ Telefono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado/Zip _____

Si el Paciente es estudiante,

Nombre de la Escuela/Colegio _____ Ciudad _____ Estado/Zip _____

Persona a Llamar en Caso de Emergencia _____ Telefono _____

Persona Responsable

Nombre de la Persona Responsable de esta Cuenta _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Zip _____

Nro. de Licencia de Conductor _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco _____

Teléfono de hogar _____ Nro. de Seguro Social _____

Empleador _____ Telefono de trabajo _____

Dirección de trabajo _____

Información de Referencia

¿Le fuimos recomendados por uno de nuestros Pacientes? Sí No

En caso Afirmativo, ¿ a quién debemos agradecer? _____

En caso Negativo, ¿ cómo nos encontró? _____

Información del Seguro

Nombre del Asegurado _____ Parentesco _____

Fecha de Nacimiento _____ Nro. de Seguro Social _____

Nombre del Empleador _____ Dirección _____ Estado/Zip _____

Compañía de Seguros _____ Nro. de la Póliza _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____ Estado/Zip _____

Reconocimiento de HIPAA

He leído y me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Firma _____ Escriba El Nombre _____

Firma del Paciente o Padre/Madre si el Paciente es menor de edad

Fecha

Historia Medica del Paciente

Médico _____ Teléfono _____ Fecha de la Ultima Visita _____

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No |
| 1. ¿Está ahora bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Tiene alergias o ha tenido una reacción a: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sido alguna vez hospitalizado(a) para | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestesia local (ej.: Novocaína).t | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cirugía o por una enfermedad grave? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penecilina o otros Antibióticos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está tomando alguna(s) medicina(s), incluso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codeina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| las compradas sin recéta médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, cuales? | | | Otra(s) ? ej.: Huele Latex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez antibióticos antes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Mujeres solamente: | | |
| de su tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (a) ¿Está o cree estar embarazada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4a. ¿Ha tomando alguna vez phenphen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (b) ¿Está amamantando a su bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | (c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Padece usted o ha padecido alguna(s) de las siguientes?:

- | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No |
| Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo o implante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o Infección HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad transmitida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terapia de cumarina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sexualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta presion sanguinea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flujo dilatado de sangre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema de tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Apoplejía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Historia Dental del Paciente

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No |
| 1. ¿Le sangran las encías al cepillarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Demora en hacerle efecto la anestesia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o limpiarse con seda dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Le atemorizan los tratamientos dentales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Son sensibles sus dientes a los líquidos o | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Le interesaría la anestesia total? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| alimentos calientes frios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Tendría interés en el blanqueo de sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en algunos de sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Le agrada la apariencia de sus dientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha experimentado algunos de los siguientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o de su sonrisa.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| problemas en su mandíbula inferior.2: | | | a) En caso negativo favor de explicar: | | |
| a) ¿Aprieta o hace rechinar sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Autorización y Permiso

Certifico que he leído y comprendido según mi mejor conocimiento la información que se detalla anteriormente. He contestado correctamente todas las preguntas correspondientes. Entiendo que si he dado alguna información incorrecta podría ser algo peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a suministrar a otras personas ya sean pagadores y/o especialista medicó cualquier información incluso el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya dado o que se haya dado a mi hijo(a) durante el periodo del cuidado dental. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que abone directamente al dentista o clínica dental los beneficios que me correspondan. Entiendo que ningún otro dentista ni Santa Ana Dental Group son responsables por mi tratamiento dental. Por la presente doy mi consentimiento para que se me efectúe el tratamiento necesario recomendado.

Firma del Paciente o Padre/Madre si el Paciente es menor de edad

Comentarios del Doctor _____	Firma _____	Fecha _____
Comentarios del Doctor _____	Firma _____	Fecha _____
Comentarios del Doctor _____	Firma _____	Fecha _____