

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Welcome to our Practice

Fecha 03/15/2020
Date

INFORMACION PACIENTE: Patient Information

Sr. Sra. Srta. Dr. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____
First Name M.I. Last Name

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____
Sex Male Female Birth Date Age Social Security

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. de su Residencia (_____) Tel. Celular (_____) E-mail _____
Home Phone Cell Phone E-mail

¿Encontraste nuestra práctica en el Internet? Sí No Referido por _____
Did you find our practice online? Referred By PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

¿Ha sido usted paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No ¿Algún familiar suyo ha sido paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No
Have you ever been a patient of our practice? Yes No Has a family member ever been a patient of our practice? Yes No

Dentista _____ Ortopodista _____
Dentist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Orthodontist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

Médico _____ Farmacia Preferida _____ Tel. (_____)
Medical Dr. PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Preferred Pharmacy Tel.

Licencia de Conducir Núm. _____ Familiar más cercano que no viva con usted _____ Tel. (_____)
Driver's License Number Nearest relative not living with you PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Tel.

Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____) Método de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito
Employer Business Phone Personal Payment Type Cash Check Credit Card

En caso de emergencia, favor de contactar a _____ Tel. (_____) Parentesco _____
In case of emergency, please contact Tel. Relation

PERSONA ENCARGADA DE ESTA CUENTA: Who will be responsible for your account

Yo mismo (Si es usted mismo, continúe con la próxima sección) Esposo(a) Padre Madre Otro _____
Self (If self, skip to next section) Spouse Father Mother Other

Nombre _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Social Security Birth Date Age

Tel. (_____) Tel. Celular (_____) E-mail _____
Tel. Cell Phone E-mail

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Licencia de Conducir Núm. _____ Lugar del Trabajo _____ Teléfono (_____)
Driver's License Number Employer Telephone

INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE U OTRO GARANTIZADOR: (si es diferente al anterior) Spouse or other guarantor information (if different from above)

Nombre _____ Parentesco _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation Social Security Birth Date

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. (_____) Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____)
Telephone Employer Business Telephone

INFORMACION SOBRE EL SEGURO: Insurance Information

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No Nombre de la Escuela / Dirección _____
Student Full Time Part Time Not School Name / Address

Estudio Civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Legalmente separado(a)
Marital Status Marries Divorced Widow Single Legally Separated

Empleado(a): Tiempo completo Tiempo parcial Retirado(a) No ¿Pertenece usted a un PPO ó HMO? Sí No
Employed Full Time Part Time Retired Not Do you belong to a PPO or HMO? Yes No

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIMARIA: Primary Dental Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address Business Telephone

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____ PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)
Group # Insured Party

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO PRIMARIA: Primary Medical Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address Business Telephone

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____ PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)
Group # Insured Party

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIA: Secondary Dental Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address Business Telephone

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____ PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)
Group # Insured Party

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIA: Secondary Medical Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address Business Telephone

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____ PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)
Group # Insured Party

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Address

HISTORIAL MÉDICO: Medical History

A nuestros pacientes: Aunque los cirujanos dentales tratan el área dentro y alrededor de su boca, la boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener o las medicinas que usted pueda estar tomando, podrían afectar el tratamiento y cuidado que usted va a recibir. Le agradeceremos que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas son estrictamente confidenciales y se mantendrán en nuestros archivos.

To our patients: Although oral surgeons primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is part of your entire body. Health problems that you may have, or medications that you may be taking, could have an important inter-relationship with the care that you will be receiving. Thank you for answering the following questions. Your answers are for our records only and will be considered confidential.

Razón de su visita a nuestra oficina? _____

Reason for today's office visit?

- | | | | | |
|-----|--|---|---------------------------------|--------------------------------|
| | Altura _____ Peso _____ | <i>¿Se encuentra usted en buen estado de salud?</i> | Sí
<small>Yes</small> | No
<small>No</small> |
| 1. | <small>Height Weight</small> | <small>Are you in good health?</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Ha ocurrido algún cambio en su estado de salud en el pasado año? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have there been any changes in your general health in the past year?</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Ha visto al médico recientemente? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Are you under the care of a physician?</small> | | | |
| | Fecha de la última visita al doctor _____ | | | |
| | <small>Date of last visit</small> | | | |
| | De ser así, ¿para qué condición o enfermedad está recibiendo tratamiento médico? _____ | | | |
| | <small>If so, for what are you being treated?</small> | | | |
| 4. | ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, operación u hospitalización en los pasados cinco años? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you had any illness, operation or been hospitalized in the past five years?</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Si es así, describa _____ | | | |
| | <small>If so, describe</small> | | | |
| 5. | ¿Tiene usted alguna herida que no se ha curado o áreas inflamadas, tumores o llagas dentro o alrededor de la boca? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Do you have unhealed / recurrent injuries or inflamed areas, growths or sore spots in or around your mouth?</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| | De ser así, indique donde _____ | | | |
| | <small>If so, describe where</small> | | | |
| 6. | ¿Tiene usted un implante o prótesis? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Do you have a prosthetic joint / implant</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| | De ser así, indique donde _____ | | | |
| | <small>If so describe where</small> | | | |
| 7. | ¿Le han reemplazado alguna de las válvulas del corazón o se le ha hecho un injerto vascular? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you had a heart valve replacement or vascular graft?</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Alguna vez ha tenido la anestesia general? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you ever had general anesthesia?</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Usted o algún familiar ha tenido alguna reacción seria ó inusual a la anestesia general? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you, or a family member, had any unusual or serious reactions to general anesthesia?</small> | | | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Algun otro doctor ó su dentista previo le ha recomendado el uso de antibióticos antes de su tratamiento dental? | | | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Has a physician or previous dentist recommended that you take antibiotics prior to your dental treatment?</small> | | | <input type="checkbox"/> |

HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE: <small>Have you had, or do you currently have:</small>	SÍ <small>Yes</small>	NO <small>No</small>	NOTAS <small>Notes</small>
11. ¿Fiebre reumática? <small>Rheumatic fever?</small>			
12. ¿Válvulas del corazón dañadas / válvula mitral prolapsada? <small>Damaged heart valves / mitral valve prolapse?</small>			
13. ¿Soplo del corazón? <small>Heart murmur?</small>			
14. ¿Alta presión? <small>High blood pressure?</small>			
15. ¿Baja presión? <small>Low blood pressure?</small>			
16. ¿Dolor en el pecho / angina? <small>Chest pain / angina?</small>			
17. ¿Ataque(s) al corazón? <small>Heart attack(s)?</small>			
18. ¿Latidos del corazón irregulares? <small>Irregular heart beat?</small>			
19. ¿Marcapapas en el corazón? <small>Cardiac pacemaker?</small>			
20. ¿Cirugía (operación) del corazón? <small>Heart surgery?</small>			
21. ¿Neumonía, bronquitis, tos crónica? <small>Pneumonia, bronchitis, chronic cough?</small>			
22. ¿Asma? <small>Asthma?</small>			
23. ¿Fiebre del heno ó sinusitis? <small>Hay fever / sinus problems?</small>			
24. ¿Ronquidos? <small>Snoring?</small>			
25. Apnea del sueño / CPAP? <small>Sleep apnea / CPAP?</small>			
26. ¿Dificultad al respirar / otros problemas pulmonares? <small>Difficult breathing / other lung trouble?</small>			
27. ¿Tuberculosis? <small>Tuberculosis?</small>			
28. ¿Enfisema? <small>Emphysema?</small>			
29. ¿Fuma ó vape? Cuanto por día _____ <small>Do you smoke or vape? If so, how much per day</small>			
30. ¿Utiliza tabaco para mascar? <small>Do you use chewing tobacco?</small>			
31. ¿Transfusión de sangre? <small>Blood transfusion?</small>			
32. ¿Enfermedad de la sangre como la anemia? <small>Blood disorder such as anemia?</small>			
33. ¿Le aparecen moretones fácilmente? <small>Bruise easily?</small>			
34. ¿Tendencia a sangrar / de manera anormal? <small>Bleeding tendency / abnormal bleed?</small>			
35. ¿Ictericia / hepatitis ó enfermedad del hígado? <small>Hepatitis, jaundice, or liver disease?</small>			
36. ¿Mononucleosis infecciosa? <small>Infectious mononucleosis?</small>			
37. ¿Problemas de la vesícula? <small>Gallbladder trouble?</small>			
38. ¿Desmayos? <small>Fainting spells?</small>			

HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE: <small>Have you had, or do you currently have:</small>	SÍ <small>Yes</small>	NO <small>No</small>	NOTAS <small>Notes</small>
39. ¿Convulsiones / epilepsia? <small>Convulsions / epilepsy?</small>			
40. ¿Derrame cerebral? <small>Stroke?</small>			
41. ¿Problemas con la tiroides? <small>Thyroid trouble?</small>			
42. ¿Diabetes? <small>Diabetes?</small>			
43. ¿Azúcar baja? <small>Low blood sugar?</small>			
44. ¿Problemas con los riñones? <small>Kidney trouble?</small>			
45. ¿Colesterol alto? <small>High cholesterol?</small>			
46. ¿Está recibiendo diálisis? <small>Are you on dialysis?</small>			
47. ¿Tobillos hinchados / artritis ó enfermedad de las articulaciones? <small>Swollen ankles / arthritis / joint disease?</small>			
48. ¿Osteoporosis / osteopenia? <small>Osteoporosis / osteopenia?</small>			
49. ¿Osteonecrosis? <small>Osteonecrosis?</small>			
50. ¿Úlceras en el estómago / reflujo ácido? <small>Stomach ulcers / acid reflux?</small>			
51. ¿IBS / Colitis? <small>IBS / Colitis?</small>			
52. ¿Enfermedades contagiosas? <small>Contagious diseases?</small>			
53. ¿Enfermedades venéreas? <small>Sexually transmitted diseases?</small>			
54. ¿Problemas con su sistema de inmunidad? <small>Problems with immune system?</small>			
55. ¿Cicatrizar ó sanado lentamente? <small>Delay in healing?</small>			
56. ¿Un tumor? <small>A tumor or growth?</small>			
57. ¿Cáncer / radioterapia / quimioterapia? <small>Cancer / radiation therapy / chemotherapy?</small>			
58. ¿Fatiga crónica / sudores por las noches? <small>Chronic fatigue / night sweats?</small>			
59. ¿Está usted a dieta? <small>Are you on a diet?</small>			
60. ¿Ha sido alcohólico? <small>A history of alcohol abuse?</small>			
61. ¿Un historial de consumo de marihuana u otras drogas? <small>A history of marijuana or other drug use?</small>			
62. ¿Lentes de contacto? <small>Contact lenses?</small>			
63. ¿Enfermedades del ojo / glaucoma? <small>Eye disease / glaucoma?</small>			
64. ¿Problemas de salud mental / ansiedad / depresión? <small>Mental health problems / anxiety / depression?</small>			
65. ¿Aparato dental removible? <small>A removable dental appliance?</small>			
66. ¿Que las mandíbulas duelan o se encajen al comer? <small>Pain or clicking of jaws when eating?</small>			

Certifico que he leído y he entendido las preguntas anteriores. También reconozco que las preguntas, si alguna, sobre la información pedida anteriormente han sido contestadas en forma satisfactoria. Yo no haré responsable al cirujano o a su personal por errores u omisiones que yo haya podido cometer al completar esta forma.

I certify that I have read and I understand the questions above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my surgeon, or any other member of his / her staff, responsible for any errors or omissions that I have made in the completion of this form.

X _____ **X** _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Revisado Por** **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Reviewed by* *Date*

HONORARIOS Y PAGOS: Nosotros hacemos todo lo posible por mantener bajos los costos de la cirugía dental que le ofrecemos. Usted puede contribuir a esta meta pagando después de cada visita a nuestra oficina. Bajo circunstancias especiales, le podemos ofrecer un plan de pago para el cual necesita hablar con el(la) administrador(a) de nuestra oficina. Usted puede solicitar una cotización o estimado de los cargos a pagar por cualquier procedimiento o cirugía. Si usted tiene seguro médico o dental, con mucho gusto le llenaremos las debidas formas. Le pedimos que, por favor, complete toda la información en esta forma.

Favor de recordar que el seguro se considera como un reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no constituye una substitución del pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar el deducible, co-seguro o cualquier otro balance que no haya sido pagado por su compañía de seguro. Usted será responsable de todos los costos envueltos en el cobro, los honorarios de un abogado y los costos legales.

Fees and Payments: We make every effort to keep down the cost of your care. You can help by paying upon completion of each visit. Other arrangements can be made with our office manager depending upon special circumstances. An estimate of the charge for any procedure or surgery you may require will be given to you upon request. If you have any dental and/or medical insurance we will be glad to fill out the proper forms, but please complete the identifying information on this form.

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance or any other balance not paid for by your insurance company. You will be responsible for all collection costs, attorneys fees, and court costs.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

Mediante esta firma, autorizo a que se divulgue la información necesaria para procesar mi reclamación. Por la presente, yo autorizo a que se le paguen al médico los beneficios correspondientes, de lo contrario deben ser pagados a mí. *This signature on file is my authorization for the release of information necessary to process my claim. I hereby authorize payment to this doctor named of the benefits otherwise payable to me.*

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

AUTORIZACIÓN: Autorizo a mi cirujano y a su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial con el propósito de diagnosticar y determinar el debido tratamiento. Además, autorizo a que se tomen todas las radiografías necesarias como parte de este examen. Si fuera necesario desde un punto de vista médico, autorizo a que se divulgue cualquier información adquirada durante este examen y el tratamiento. Me permito mensajes a quedar en mi teléfono y / o teléfono móvil con respecto a mi cita.

Authorization: I authorize my surgeon, and his / her staff, to perform an oral and maxillofacial examination for the purpose of diagnosis and treatment planning. Furthermore, I authorize the taking of all x-rays required as necessary part of this examination. In addition, if medically necessary, I authorize the release of any information acquired in the course of my examination and treatment. I permit messages to be left on my phone and / or mobile phone concerning my appointment.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

X _____
Doctor *Doctor*

Yo reconozco que una copia de este aviso oficina de prácticas de privacidad se ha puesto a mi disposición. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier preguntas que pueda tener acerca de este aviso. *I hereby acknowledge that a copy of this office's Notice of Privacy Practices has been made available to me. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding this Notice.*

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*