

Información Paciente

PACIENTE

Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____
Dirección _____	Dpto. N° _____	
Ciudad _____	Código postal _____	

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono _____ Cel. _____

Correo electrónico _____

Nº de Seg. Social _____

Nº de Lic. de Conducir _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

PARTES RESPONSABLES (Si es igual a la anterior, no completar)

Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____
Dirección _____	Dpto. N° _____	
Ciudad _____	Código postal _____	

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Parentesco con el paciente _____

Nº de Seg. Social _____ Nº de Lic. de Conducir _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

EMPLEO

Ocupación _____

Empleador _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Dirección comercial _____

Ciudad _____ Código postal _____

Tel. comercial _____ Ext. N° _____

PERSONA A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ Tel. _____

¿Cómo se enteró de esta institución?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar/amigo | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Letrero | <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas |
| <input type="checkbox"/> Cartelera | <input type="checkbox"/> Correo postal | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón | <input type="checkbox"/> directo | <input type="checkbox"/> Anuncio del web |
| <input type="checkbox"/> Plan de seguro | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Sitio web |

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?

Si es así, indique el nombre y el parentesco:

¿Quién te recomendó? _____

SEGURIDAD / PLAN DENTAL

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Nº teléfono del plan/seguro _____

Nombre del asegurado _____

Sindicato _____ Grupo N° _____ Plan N° _____

Nº de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

SEGURIDAD / PLAN DENTAL

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Nº teléfono del plan/seguro _____

Nombre del asegurado _____

Sindicato _____ Grupo N° _____ Plan N° _____

Nº de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que por cualquier motivo no estén cubiertos ni pagados por mi seguro. 2. Al firmar abajo los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios. 3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. 4. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma da la parte responsable o del paciente
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

Historia Clinica Dental

Fecha _____

Nombre _____

Fecha de nac. _____

Edad _____

Apellido _____

Nombre _____

Razón de la visita _____

Otro _____

¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debamos saber? Si No _____

¿Cuándo tue por última vez a un dentista? _____

¿Qué tratamiento le realizó? _____

¿Terminó ei tratamiento? _____

¿Cuándo se realizó una radiografía? _____

¿Se hizo una limpieza? Si No

¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? Si No

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (Marque las casillas que correspondan):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con tratamientos dentales previos | <input type="checkbox"/> Una hemorragia proiongada después de una extracción | <input type="checkbox"/> Rechinan los dientes, | <input type="checkbox"/> Aprieta mucho los maxilares |
| <input type="checkbox"/> Sintomas cerca de los oídos como "clics" | <input type="checkbox"/> Disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ) | Especifique _____ | |

HISTORIA CLINICA

¿Está recibiendo atencion medica? Si No Especifique _____

Nombre del medico _____

Tel. _____

Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____

¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? _____

¿Está embarazada? Si es si, especifique de cuántos meses: _____

¿Padece algun otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? _____

¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Valvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Quimio/radioterapia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Fiebre rheumática |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH+ | <input type="checkbox"/> Cirugiaestética | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> Alergia a latex | <input type="checkbox"/> Problemas en senos nasales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cirugia cardiaca | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> La apnea del sueno |
| <input type="checkbox"/> Anginas | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> TMD o TMJ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Presión arteria alta | <input type="checkbox"/> Phen-Fen | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Prob. de tiroides | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacion | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

Coment. del médico _____

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender, informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud yo medicación. Certifico tambien que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha _____

Firma del médico _____

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

Firma del paciente _____

Firma del médico _____

Fecha _____

Firma del paciente _____

Firma del médico _____

Fecha _____



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**** USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO ****

Yo, _____ he recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta oficina favor imprima nombre

Firma

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA

Se intentó obtener dicho acuse de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

- Individuo rehusó firmar
 - Barrera Comunicación prohibido firmar el acuse de recibo
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
-
-
-
-