



Estamos encantados de tenerle como nuestro paciente en nuestra práctica. Por favor tome algunos momentos en llenar este formulario detalladamente. Si tiene alguna pregunta o tiene alguna duda siéntase en confianza de preguntar. Esperamos le seamos de ayuda:

Información del paciente:

Nombre: _____ Soc. Sec# _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de casa: _____ Trabajo: _____ Celular _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: (M) (F) **Estado Civil:** Soltero () Casado () Divorciado () Separado ()

Empleador: _____ Ocupación: _____

Como planea en pagar su visita el día de ahora? _____ Efectivo/Cheque MC/Visa/Debito _____

Seguro Dental:

Persona responsable por la cuenta: _____
Apellido Primer Nombre Inicial del medio

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Soc.Sec# _____

Empleador responsable: _____ Numero del Negocio: _____

Compañía del seguro: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Grupo: _____ Número de Identificación del paciente: _____

Nombre de otros dependes bajo este plan: _____

Por favor complete la información de abajo si el paciente es (menor de 18 años):

Nombre de la madre: _____ Soc.Sec#: _____ Fecha de nacimiento _____ núm de Tel: _____

Nombre del padre: _____ Soc.Sec# _____ Fecha de nacimiento _____ núm de Tel _____



HISTORIAL MÉDICA

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trata solamente el área del diente y a su alrededor, su boca es parte de su cuerpo. Problemas de la salud que usted pueda tener, medicamentos que pueda estar tomando, puede tener gran impacto en el tratamiento dental. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- Esta usted bajo tratamiento médico en este momento? S N Si marco SI explique: _____
- A sido alguna vez hospitalizado u operado? S N Si marco SI explique: _____
- A tenido algún trauma en la cabeza u cuello? S N Si marco SI explique: _____
- Está tomando algún medicamento u drogas? S N Si marco SI explique: _____
- Usted toma u a tomado, Phen-Fen o Redux? S N
- A tomado el medicamento: Fosamax, Boniva, o Actonel S N
- Esta usted el alguna dieta especial? S N
- Usa tabaco? S N
- Usa sustancias controladas? S N

Solo para Mujeres:

Esta usted embarazada? S N Tomando anticonceptivos? S N Lactando? S N

Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos: Marque en forma de X los que apliquen a usted.

Aspirina O Penicilina O Codina O Anestesia Local O Acrylico O Metal O Látex O Drogas Sulfas O
 Alguna otra, por favor explique: _____

SIDA/HIV Positivo	S	N	Medicina de cortizona	S	N	Hemofilia	S	N	Tratamiento de radiacion	S	N
Alzheimer	S	N	Diabetis	S	N	Hepatitis A	S	N	Perdida de peso	S	N
Anafilaxia	S	N	Adiccion de drogas	S	N	Hepatitis B,C	S	N	Dialisis Renales	S	N
Anemia	S	N	Falta de aire	S	N	Herpes	S	N	Fiebre reumatica	S	N
Anginas (de pecho)	S	N	Emfisema	S	N	Alta Presion	S	N	Reumatismo	S	N
Artritis/Reumas	S	N	Epilepsia	S	N	Colesterol Alto	S	N	Fiebre Escarlantina	S	N
Valvula artificial del corazon	S	N	Sangrado Excesivo	S	N	Urticaria/Salpudillo	S	N	Varicela	S	N
Conjunturas Artificiales	S	N	Sed Excesiva	S	N	Hipoglucemia	S	N	Anemia de celulas falciformes	S	N
Asma	S	N	Desmayos/Mareos	S	N	Sinusitis	S	N	Latido Irregular del corazon	S	N
Enfermedades de la sangre	S	N	Tos Cronica	S	N	Espina bifida	S	N	Enfermedades renales	S	N
Transfusiones de sangre	S	N	Diarrea Frecuente	S	N	Leucemia	S	N	Problemas estomacales	S	N
Problemas respiratorios	S	N	Dolores de cabeza	S	N	Infarto	S	N	Enfermedades del Rinon	S	N
Se moretea Facilmente	S	N	Herpes Genitales	S	N	Baja Presion	S	N	Hinchazon de extremidades	S	N
Cancer	S	N	Glaucoma	S	N	Amigdalitis	S	N	Enfermedad del tiroides	S	N
Quimoterapia	S	N	Fiebre del heno	S	N	Paro cardiaco	S	N	Enfermedad Pulmunar	S	N
Dolores del pecho	S	N	Enfermedad Valvula mitral	S	N	Osteoporosis	S	N	Tuberculosis	S	N
Ampollas de fiebre	S	N	Soplo en el corazon	S	N	Dolor de la quijada	S	N	Tumores	S	N
Enfermedad congenital	S	N	Marcapasos	S	N	Ulceras	S	N	Enfermedad Paratiroide	S	N
Convulsiones	S	N	Enfermedades del corazon	S	N	Nictericia Amarilla	S	N	Tratamiento Siquiatrico	S	N

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario fueron correctamente contestadas. Entiendo que cualquier pregunta contestada erróneamente puede ser peligroso para mí (u el paciente) salud. Es mi responsabilidad de dejarle saber a la oficina de Carolina Family Dentistry de cualquier cambio en mi salud

Firma: _____ Fecha: _____



Carolina Family Dentistry

Querido paciente:

Bienvenido a Carolina Family Dentistry. Estamos satisfechos que nos haya escogido para sus servicios dentales, haremos todo lo posible para hacer de su visita la mas cómoda y agradable experiencia. Por favor no dude en preguntar si tiene alguna pregunta de su tratamiento el día de hoy.

Por favor tenga en cuenta: tenemos espacio limitado en la área de espera. Así que por lo cual, le pedimos que limite el número de personas que le acompañen a su cita.

En la información próxima es **MUY** importante que tenga en cuenta cuando haga una cita en nuestra oficina dental, le pedimos tome su tiempo en leer esta información.

- Para pacientes con **Medicaid**, usted **TIENE QUE TRAER SU TARJETA DE MEDICAID** con Usted a cada cita y el pago de \$3.00 si es mayor de 21 años de edad.
- Si usted hace una cita, se espera que usted mantenga esa cita. Sin embargo, nosotros entendemos que algunas veces hay emergencias. Si usted no puede mantener la cita, tiene que dar una **NOTICIA DE 24-HORAS PARA LA CANCELACION**. Si usted no da la apropiada cancelación o falla en venir a su cita más de una ocasión, nosotros no podremos proveerle otra cita y tendremos que pedirle que escoja otro dentista para sus servicios.
- Niños menores de 18 años de edad tienen que tener al padre o guardián responsable presente en la oficina por el tiempo completo que dure la cita.
 - Por favor mantenga a nuestra oficina actualizada de cambios en su dirección o cambios en números de teléfono. **Si nosotros no podemos contactarle para confirmar su cita, no podremos atenderle.**

Gracias por su cooperación. Apreciamos la oportunidad para poderle brindar nuestros servicios.

Firma del paciente o guardián responsable

Fecha



NORMA DE CANCELACION DE 24 HORAS

La oficina de Carolina Family Dentistry tiene una norma de 24 horas para cancelación o cambio de cita. Esta norma es para darles el lugar de respeto a nuestros doctores, personal y nuestros pacientes. Si usted falta a su cita, cancela o cambia su cita antes de 24 horas sin dar algún aviso, usted será penalizado con un cargo de \$75.

Circunstancias inevitables tendrán consideración especial, pero le pedimos que tome en cuenta que cargos serán aplicados a la mayoría de cancelaciones. La llamada de cortesía que usted recibirá para recordarle de su cita será usualmente hecha en 24 horas antes de su cita. Es su responsabilidad saber cuando su cita está programada. Las cancelaciones antes de 24 horas no permiten que la oficina de Carolina Family Dentistry tenga el tiempo suficiente para llenar el espacio de la cita que ha sido cancelada a otro paciente que la necesite, por esta razón le pedimos que tenga en cuenta nuestras normas de cancelación.

Gracias por su entendimiento y la importancia en mantener su cita.

Para cancelar o cambiar una cita, por favor llamar al

(919)861-7819

Las llamadas que sean grabadas en el buzón de voz serán registradas a la hora en la cual fueron grabadas.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido las normas de cancelación de Carolina Family dentistry como se le explicado anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Reconocimiento de recibo de aviso para la notificación de prácticas de privacidad en CAROLINA FAMILY DENTISTRY

Yo, _____, eh recibido una copia de esta oficina de la Notificación de privacidad de prácticas.

Firma Fecha

Consentimiento para el uso y revelación de información Salud/Dental.

Por favor haga una lista de las personas autorizadas que pueden hacer decisiones del cuidado dental por usted.

Si le gustaría que otra persona tenga acceso a información de Salud/Dental de usted o su hijo/os, o alguien aparte de su persona que estará trayendo a su hijo/os a nuestra oficina para tratamiento, por favor liste los nombres en la parte de abajo y la relación que tienen con su hijo/os.

_____ Nombre	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre	_____ Relación con el paciente

Autoricé a las personas en la parte de arriba que se le pidió llenar que traiga a su hijo/os a citas dentales y para hacer cualquier tratamiento necesario y cualquier otra emergencia necesaria.

Firma del padre o guardián legal Fecha