

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Patient Information

Fecha _____
Date

Sr. Sra. Srta. Dr/a. Primer nombre _____ 2.º nombre _____ Apellido _____
First Middle Last Name

Sexo: Masculino Femenino Nombre preferido (opcional): _____ Fecha de nacimiento _____
Sex: Male Female Preferred Name (Optional): Birth Date

Pronombre preferido (opcional): _____ Edad _____
Preferred Pronoun (Optional): Age

Tel. Casa _____ Celular _____ Trabajo _____
Home Tel. Cell Work

Dirección _____
Address

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
City State Zip

Seguro Social _____ Correo electrónico _____
Social Security # E-mail

Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial Ninguno Referido por _____
Student: Full Time Part Time Not Referred by

Nombre de la escuela _____ Dentista _____
School Name Dentist

Contacto de emergencia _____ Ortodoncista _____
Emergency Contact Orthodontist

Tel. _____ Médico _____
Tel. Medical Doctor

¿Alguna vez ha sido paciente de nuestro consultorio? Sí No ¿Esta visita se relaciona con un accidente? Sí No; En caso afirmativo, fecha _____
Have you ever been a patient of our practice? Yes No Is this visit related to an accident? Yes No Is this visit related to an accident? If Yes, Date

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO PRIMARIA Primary medical insurance company

Sin seguro médico
No Medical Insurance

Nombre de la compañía de seguro _____
Ins Co Name

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Nº de suscriptor _____
Subscriber ID #

Nº de grupo/cliente _____
Group / Client #

Titular de la póliza _____
Policy Holder

Sexo: M F Relación con el paciente _____
Sex: M F Relation to Patient

Fecha de nacimiento _____
Birth Date

Nº de S. S. _____
S.S.#

Dirección _____ Igual que la del paciente
Address Same as Patient

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Empleador _____
Employer

Tel. Empresa _____
Bus. Tel

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIMARIA Primary dental insurance company

Sin seguro médico
No Medical Insurance

Nombre de la compañía de seguro _____
Ins Co Name

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Nº de suscriptor _____
Subscriber ID #

Nº de grupo/cliente _____
Group / Client #

Titular de la póliza _____
Policy Holder

Sexo: M F Relación con el paciente _____
Sex: M F Relation to Patient

Fecha de nacimiento _____
Birth Date

Nº de S. S. _____
S.S.#

Dirección _____ Igual que la del paciente
Address Same as Patient

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Empleador _____
Employer

Tel. Empresa _____
Bus. Tel

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIO Secondary medical insurance company

Nombre de la compañía de seguro _____
Ins Co Name

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Nº de identificación _____
I.D.#

Nº de grupo _____
Group #

Titular de la póliza _____
Policy Holder

Sexo: M F Relación con el paciente _____
Sex: M F Relation to Patient

Fecha de nacimiento _____
Birth Date

Nº de S. S. _____
S.S.#

Dirección _____ Igual que la del paciente
Address Same as Patient

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Empleador _____
Employer

Tel. Empresa _____
Bus. Tel

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIO Secondary dental insurance company

Nombre de la compañía de seguro _____
Ins Co Name

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Nº de identificación _____
I.D.#

Nº de grupo _____
Group #

Titular de la póliza _____
Policy Holder

Sexo: M F Relación con el paciente _____
Sex: M F Relation to Patient

Fecha de nacimiento _____
Birth Date

Nº de S. S. _____
S.S.#

Dirección _____ Igual que la del paciente
Address Same as Patient

Calle _____
Street

Ciudad, Estado, Código postal. _____
City, State, Zip

Tel. _____
Tel.

Empleador _____
Employer

Tel. Empresa _____
Bus. Tel

Deseo que me contacten de la siguiente manera (marque todas las opciones que correspondan):

I wish to be contacted in the following manner (check all that apply):

Casa Celular Trabajo
Home Cell Work

Puede dejar un mensaje con información detallada en este número
May leave a message with detailed information at this number

No deje un mensaje con información detallada en este número
Do not leave a message with detailed information at this number

X

Firma del paciente (padre, madre o tutor/a, si es menor de edad) Signature of Patient (Parent or guardian if minor)

TARIFAS Y PAGOS Fees and payments

Existen tarifas asociadas con las visitas con fines de evaluación, diagnóstico por imagen y cirugía. Hacemos todo lo posible para mantener bajos los costos derivados de su atención quirúrgica oral. Si lo solicita, se le entregará un costo estimado de los cargos por cualquier procedimiento o cirugía que pueda requerir. Si tiene seguro dental y/o médico, nos complacerá completar los formularios correspondientes, pero le solicitamos que complete en su totalidad los datos de identificación en la primera página de este formulario. Es posible que se realicen acuerdos financieros con nuestra oficina comercial en función de las circunstancias especiales.

There are fees associated with evaluation, imaging and surgery visits. We make every effort to keep down the cost of your oral surgical care. 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 in entirety the identifying information on the first page of this form. Financial arrangements may be made with our business office depending upon special circumstances.

Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no sustituye el pago. Algunas compañías pagan asignaciones fijas para determinados procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su plan, si los hubiere, y pagar cualquier monto de deducible, coseguro o cualquier otro saldo que no haya sido asumido por su compañía de seguros. Su pago inicial no se considerará como un pago total. Las cuentas de pacientes con saldos abiertos durante 90 días serán objeto de gestiones de cobro más activas. Las cuentas de 90 días o más acumularán un cargo financiero del 1.5 % mensual. El paciente, padre, madre o tutor aceptan que cualquier cargo de cobranza, incluidos los intereses contractuales, se agregue a la cuenta si se reenvía a un tercero para la cobranza.

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 percent of the charge. It is your responsibility to know your plan(s) benefits, if any, and to pay any deductible amount, co-insurance or any other balance not paid by your insurance company. Your initial payment shall not be deemed as payment in full. Patient accounts with balances open 90 days will be subject to more active collection efforts. Accounts 90 days and older will accrue a finance charge of 1.5% per month. Patient, parent, or guardian agrees to any collection fees, including contractual interest, to be added to the account if it is forwarded to a third party for collection.

X

Firma del garante (el responsable debe estar presente en la cita) Signature of Guarantor (Responsible party must be present at appointment)

Fecha Date

Relación del garante con el paciente: El mismo paciente Cónyuge Padre Madre Otro:

Guarantor Relationship to Patient:

Self

Spouse

Father

Mother

Other:

Sr. Sra. Srta. Dr/a. Nombre del garante:

Mr. Mrs. Ms. Dr. Guarantor Name:

Fecha de nacimiento:

Birth Date:

N.º de Seguro Social:

Soc. Sec. #:

Correo electrónico:

E-mail:

Teléfono de casa:

Home Phone:

Celular:

Cell:

Trabajo:

Work:

Dirección del garante

Guarantor Address

Igual que la del paciente

Same as Patient

Calle:

Street:

Ciudad

City

Estado

State

Código Postal

Zip

Estado civil del garante:

Guarantor Marital Status:

Casado Divorciado Separado legalmente Viudo Soltero

Married

Divorced

Legally Separated

Widow

Single

Empleo del garante:

Guarantor Employment:

Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Ninguno

Full Time

Part Time

Retired

Not

Nombre del cónyuge:

Spouse's Name:

Empleador:

Employer:

AUTORIZACIÓN AUTHORIZATION

Autorizo a mi cirujano y personal designado, a realizar un examen oral y maxilofacial, con fines diagnósticos y de planificación de tratamiento. Asimismo, autorizo que se tomen todas las radiografías necesarias al ser una parte necesaria de este examen. Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información que se requiera durante mi examen y tratamiento, siempre que se considere necesario desde el punto de vista médico.

I authorize my surgeon and his / her designated 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 a necessary part of this examination. In addition, if medically necessary, I authorize the release of any information required in the course of my examination and treatment.

Por el presente documento reconozco que este consultorio ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Se me brindó la oportunidad de formular preguntas que pueda tener con respecto a este Aviso.

I hereby acknowledge that a copy of this office's Notice of Privacy Practices has been made available to me to read. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding this Notice.

La firma que mantienen en sus archivos es mi autorización para la divulgación de información necesaria para iniciar el procesamiento de mi reclamación. Por el presente documento, autorizo que se efectúe el pago de los beneficios al médico mencionado, que de otro modo serían pagaderos a mi persona.

This signature on file is my authorization for the release of information necessary to process my claim. I hereby authorize payment to the doctor named of the benefits otherwise payable to me.

Firma del paciente (Padre/madre o tutor, si es menor de edad) Signature of Patient (Parent or guardian if minor)

Fecha Date

Para nuestros pacientes: aunque los cirujanos maxilofaciales tratan principalmente el área dentro y alrededor de su boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una interrelación importante con la atención que recibe. Gracias por responder a las siguientes preguntas. Sus respuestas se utilizarán únicamente para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

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

Motivo de la visita de hoy al consultorio _____

Reason for today's office visit

Estatura _____

Height

Peso _____

Weight

¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Sí No; En caso afirmativo, fecha de la última visita: _____

Are you under the care of a physician?

Yes No; If yes Date of last visit:

¿Para qué recibe tratamiento? _____

For what are you being treated?

- ¿Ha habido cambios en su estado de salud general durante el año pasado?
Have there been any changes in your general health in the past year?
- ¿Ha tenido alguna enfermedad, cirugía, operación o ha sido hospitalizado en el pasado?
Have you had any illness, surgery, operation or been hospitalized in the past?
- ¿Tiene una prótesis articular o implante?
Do you have a prosthetic joint / implant?
- ¿Se ha sometido a un reemplazo de válvula cardíaca o a un injerto vascular?
Have you had a heart valve replacement or vascular graft?
- ¿Su médico requiere de algún antibiótico preventivo antes de los procedimientos dentales? En caso afirmativo, mencione el motivo a continuación.
Does your physician require Antibiotic premedication prior to dental procedures? If yes list reason below.
- ¿Tiene necesidades especiales?
Do you have Special Needs ?

- Sí No
Yes No
- Sí No
Yes No
- Sí No
Yes No
- Sí No
Yes No
- Sí No
Yes No
- Sí No
Yes No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, describa: _____

If you answered yes to any of the above please describe:

¿Ha tenido o tiene actualmente *Have you had, or do you currently have:*

	SÍ <i>Yes</i>	NO <i>No</i>	NOTAS/Fechas <i>NOTES/Dates</i>
fiebre reumática? <i>Rheumatic fever?</i>			
válvulas cardíacas dañadas/prolapso de la válvula mitral? <i>Damaged heart valves / Mitral valve prolapse?</i>			
soplo cardíaco? <i>Heart murmur?</i>			
presión arterial alta? <i>High blood pressure?</i>			
presión arterial baja? <i>Low blood pressure?</i>			
dolor en el pecho/angina de pecho? <i>Chest pain / angina?</i>			
ataque(s) cardíaco(s)? <i>Heart attack(s)?</i>			
ritmo cardíaco irregular? <i>Irregular heart beat?</i>			
marcapasos? <i>Cardiac pacemaker?</i>			
cirugía de corazón? <i>Heart surgery?</i>			
bronquitis, tos crónica? <i>Bronchitis, chronic cough?</i>			
asma? <i>Asthma?</i>			
alergia o problemas sinusales? <i>Hay fever / sinus problems?</i>			
ronquidos? <i>Snoring?</i>			
apnea del sueño? <i>Sleep apnea?</i>			
problemas respiratorios o pulmonares? <i>Difficult breathing / lung trouble?</i>			
tuberculosis? <i>Tuberculosis?</i>			
enfisema? <i>Emphysema?</i>			
¿Fuma usted cigarrillos, cigarrillos electrónicos, marihuana? <i>Do you smoke? Cigarettes? E-Cigs? Marijuana?</i>			
¿Consume tabaco de mascar? <i>Do you use chewing tobacco?</i>			
transfusiones de sangre? <i>Blood transfusion?</i>			
un trastorno sanguíneo como anemia? <i>Blood disorder such as anemia?</i>			
tendencia a hemorragias o sangrados anormales? <i>Bleeding tendency / abnormal bleed?</i>			
hepatitis? <i>Hepatitis?</i>			
ictericia? <i>Jaundice?</i>			
enfermedad hepática? <i>Liver disease?</i>			
mononucleosis infecciosa? <i>Infectious mononucleosis?</i>			
problemas de vesícula biliar? <i>Gallbladder trouble?</i>			
desmayos? <i>Fainting spells?</i>			
epilepsia? <i>Epilepsy?</i>			
convulsiones? <i>Seizures?</i>			
un accidente cerebrovascular/AIT? <i>Stroke / TIAs?</i>			
problemas de tiroides? <i>Thyroid trouble?</i>			
diabetes tipo 1? <i>Type 1 Diabetes</i>			
diabetes tipo 2? <i>Type 2 Diabetes?</i>			
bajo nivel de azúcar en sangre? <i>Low blood sugar?</i>			
colesterol alto? <i>High cholesterol?</i>			

	SÍ <i>Yes</i>	NO <i>No</i>	NOTAS/Fechas <i>NOTES/Dates</i>
problemas renales? <i>Kidney trouble?</i>			
¿Se encuentra en diálisis? <i>Are you on dialysis?</i>			
tobillos hinchados, artritis o enfermedad en las articulaciones? <i>Swollen ankles, arthritis or joint disease?</i>			
osteoporosis? <i>Osteoporosis?</i>			
osteopenia? <i>Osteopenia?</i>			
osteonecrosis? <i>Osteonecrosis?</i>			
úlceras estomacales? <i>Stomach ulcers?</i>			
enfermedades contagiosas? <i>Contagious diseases?</i>			
enfermedades de transmisión sexual? <i>Sexually transmitted diseases?</i>			
VIH/SIDA? <i>HIV / AIDS?</i>			
¿Está inmunodeprimido? <i>Are you immunosuppressed?</i>			
retrasos en la cicatrización? <i>Delay in healing?</i>			
un tumor o neoplasia? <i>A tumor or growth?</i>			
cáncer? <i>Cancer?</i>			
radioterapia? <i>Radiation therapy?</i>			
quimioterapia? <i>Chemotherapy?</i>			
fatiga crónica o sudores nocturnos? <i>Chronic fatigue / night sweats?</i>			
¿Está a dieta? <i>Are you on a diet?</i>			
antecedentes de abuso de drogas? <i>A history of drug abuse?</i>			
antecedentes de abuso de alcohol? <i>A history of alcohol abuse?</i>			
¿Usa lentes de contacto? <i>Contact lenses?</i>			
enfermedad ocular o glaucoma? <i>Eye disease / glaucoma?</i>			
depresión? <i>Depression?</i>			
discapacidad auditiva? <i>Hearing Impairment?</i>			
ansiedad? <i>Anxiety?</i>			
trastorno bipolar? <i>Bi polar?</i>			
TDA/TDAH? <i>ADD / ADHD?</i>			
autismo? <i>Autism?</i>			
demenia, Alzheimer o deterioro de la memoria? <i>Dementia / Alzheimer's / Memory Impaired?</i>			
enfermedad de Parkinson? <i>Parkinson's?</i>			
aparatos dentales removibles? <i>Removable dental appliance?</i>			
dolor o chasquidos en la mandíbula mientras come? <i>Pain or clicking of jaws while eating?</i>			
hipertermia maligna? <i>Malignant hyperthermia?</i>			
Si hoy va a recibir sedación intravenosa, ¿ha comido o bebido algo durante las últimas 8 horas? <i>If you are having IV sedation today, have you had anything to eat or drink in the last 8 hours?</i>			
¿Quién lo llevará a su hogar? Nombre: <i>Who is driving you home? Name:</i>			

