

(POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS)

Paciente No. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir No. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Seguro Social No \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Persona responsable por el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGURIDAD:** Si / No Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación con paciente \_\_\_\_\_

Como fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

**SI** **NO**

- Goza usted de buena salud?
- Usted ha tenido alguna enfermedad u operación seria?
- Tiene las válvulas del corazón artificiales o danadas?
- Sufre de alguna enfermedad del corazón?
- Sufre de presión alta?
- Tiene sangramiento anormal?
- Sufre de Trombosis?
- Tiene alergia a alguna droga o medicina?
- Explique \_\_\_\_\_
- Tiene problemas de sinusitis?
- Sufre de asma?
- Sufre de desmayos o convulsiones?
- Sufre de diabetes?
- Ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado?
- Tiene SIDA o HIV?
- Tiene problemas con la tiroides?

**SI** **NO**

- Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis?
- Tiene problema con los riñones?
- Tiene tuberculosis?
- Tiene alguna enfermedad transmitida sexualmente?
- Tiene problemas mentales o nerviosos?
- Tiene cáncer? Explique \_\_\_\_\_
- Tiene tratamientos de radiación por cáncer?
- Ha tenido problemas con algún tratamiento dental?
- Es alérgico a la penicilina o codeína?
- Está embarazada o dando de lactar?
- Está tomando pastillas anticonceptivas?
- Tiene algún otro problema de salud?
- Explique \_\_\_\_\_
- Nombre las drogas o medicinas que este tomando \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de su farmacia \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA**

POR FAVOR NOTIFICAR A \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**REPRESENTACIONES**

1. DOY FE QUE LA INFORMACION QUE HE DADO (INCLUYENDO MI HISTORIAL MEDICO) ES CORRECTA HASTA DONDE MIS CONOCIMIENTOS LO PERMITEN, QUE SERA CONFIDENCIAL Y QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A ESTA OFICINA CUALQUIER CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA.
2. AUTORIZO A ESTA OFICINA VERIFICAR MI ESTADO DE CREDITO AL IGUAL QUE EL DE MI CONYUGUE ANTES DE CUALQUIER CONVERSACION SOBRE PLANES DE PAGO POR EL TRATAMIENTO A DISCRECION DE ESTA OFICINA Y EL USO DE UNO O MAS REPORTES DE CREDITO.
3. SI ESTA OFICINA ACEPTA MI SEGURO DENTAL, AUTORIZO QUE LOS PAGOS SE HAGAN DIRECTAMENTE A ESTA OFICINA O SI LOS PAGOS ME SON ENVIADOS, ENVIARE DICHOS PAGOS A ESTA OFICINA, ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSIBLE DE LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS OTORGADOS Y POR LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES QUE EL SEGURO NO CUBRA.
4. SI SE TUVIERA QUE ACUDIR A RECURSOS LEGALES PARA EL COBRO DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS, YO ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE LOS HONORARIOS DEL LOS ABOGADOS Y TODOS OS GASTOS QUE ESTO OCASIONE, ENTIENDO TAMBIEN QUE HABRA UN CARGO DE 1.5% POR MES SOBRE EL BALANCE (o el máximo autorizado por la ley).
5. YO CONSENTO Y AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DENTAL.

**FIRMA DEL PACIENTE (FIRMA DEL PADRE O MADRE SI ES MENOR)**

**FECHA**

# Wohlstein DENTAL GROUP

2925 Aventura Blvd. Suite 203  
Aventura, FL 33180  
305-931-5626

Su historia medica incluye alguna de estas condiciones?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	Goza usted de buena salud?
<input type="checkbox"/>	Su salud ha cambiado en el último Año? Explique _____
<input type="checkbox"/>	El nombre y el teléfono de mi doctor es _____
<input type="checkbox"/>	Usted ha tenido alguna enfermedad u operación seria?
<input type="checkbox"/>	Tiene las válvulas del corazón artificiales o danadas o fiebre reumática?
<input type="checkbox"/>	Sufre de alguna enfermedad del corazón?
<input type="checkbox"/>	Sufre de presión alta o baja? Explique _____
<input type="checkbox"/>	Tiene sangramiento anormal?
<input type="checkbox"/>	Sufre de Trombosis?
<input type="checkbox"/>	Tiene problemas circulatorios?
<input type="checkbox"/>	Tiene alergia a alguna droga o medicina? Explique _____
<input type="checkbox"/>	Tiene Dolores de pecho?
<input type="checkbox"/>	Tiene problemas de sinusitis?
<input type="checkbox"/>	Sufre de asma?
<input type="checkbox"/>	Sufre de desmayos o convulsiones?
<input type="checkbox"/>	Sufre de diabetes?
<input type="checkbox"/>	Ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado? Explique _____
<input type="checkbox"/>	Tiene SIDA o HIV?
<input type="checkbox"/>	Tiene problemas con la tiroides?
<input type="checkbox"/>	Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis?
<input type="checkbox"/>	Tiene problema con los riñones?
<input type="checkbox"/>	Tiene tuberculosis?
<input type="checkbox"/>	Tiene alguna enfermedad transmitida sexualmente?
<input type="checkbox"/>	Tiene problemas neurológicos, epilepsia?
<input type="checkbox"/>	Tiene problemas mentales o nerviosos?
<input type="checkbox"/>	Tiene cáncer? Explique _____
<input type="checkbox"/>	Tiene tratamientos de radiación por cáncer?
<input type="checkbox"/>	Ha tenido problemas con con algún tratamiento dental?
<input type="checkbox"/>	Es alérgico a la penicilina, critomicina o codeine?
<input type="checkbox"/>	Está embarazada o dando de lactar?
<input type="checkbox"/>	Está tomando pastillas anticonceptivas?
<input type="checkbox"/>	Tiene algún otro problema de salud? Explique _____
<input type="checkbox"/>	Nombre las drogas o medicinas que este tomando _____
<input type="checkbox"/>	Nombre y teléfono de su farmacia _____

## EN CASO DE EMERGENCIA

POR FAVOR NOTIFICAR A \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

LE LLAMAREMOS PARA CONFIRMAR SU CITA ENTRE LAS 9:00 A.M. Y LAS 3:00 P.M. EL DIA ANTES DE SU CITA. A QUE NUMERO DE TELEFONO LE PODEMOS LLAMAR ENTRE ESAS HORAS? \_\_\_\_\_

SI NO LO PODEMOS LOCALIZAR POR TELEFONO EN ESTAS HORAS, COMO PODEMOS LOCALIZARLE PARA CONFIRMAR SU CITA? \_\_\_\_\_

## DOCTOR'S NOTES