

Informacion del Paciente (Confidencial)

Nombre _____ Nombre preferible/Apodo _____ Fecha _____

Numero de seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Correo Electronico _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Numero de telefono de casa _____ De Trabajo _____ Celular _____

Nombre de Contacto de emergencia _____ Numero _____ Relacion _____

Marque Uno : Menor de edad Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Pareja Domestica

Empleador de Paciente o Padre/Madre _____

Direccion de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Esposo/a o Padre/Madre _____ Empleador _____ Numero de empleador _____

Como encontro nuestra oficina? Web Coupon Facebook Twitter Mailer Otro

Si fue referido por un amigo o familiar a quien le podemos dar las gracias? _____

Persona Responsable- Es paciente en la oficina? Si No

Nombre de persona responsable _____ Relacion al paciente _____

__ Direccion _____ Numero de casa _____ Celular _____

__ Correo electronico _____ Numero de seguro _____ Fecha de nacimiento _____

__ Numero de licencia _____ Empleador _____ Numero _____

Informacion de Aseguranza-

Nombre de asegurado _____ Relacion a paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de seguro _____ Nombre de Aseguranza _____ Numero de grupo _____

Numero de membresia _____ Direccion de Aseguranza _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Numero de telefono _____

Tiene doble aseguranza? Si No (Si,Si complete la informacion abajo)

Nombre de asegurado _____ Relacion a paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de seguro _____ Nombre de Aseguranza _____ Numero de grupo _____

Numero de membresia _____ Direccion de Aseguranza _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Nemero de telefono _____

HISTORIA CLINICA

Patient Name: _____

Birth Date: _____

Date Created: _____

Aun que las personal dental tratan primermente la area de la boca su boca es parte de su cuerpo completo. Problemas medicals que tiene o medicamentos que este tomando, pueden tener una int

Como definaria usted su estado general de salud? (Circule uno) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO

Esta bajo el cuidado de un medico ? (Si, si porfavor de su nombre and especialidad) Yes No If yes _____

Ha estado hospitalizado o tenido una operacion mayor ? Yes No If yes _____

Esta tomando medicamento, pildoras, vitamins o suplementos dieteticos? Yes No If yes _____

Esta tomando medicamentos para perdida de peso (por ejemplo, fen-phen)? Yes No

Ha tenido una lesion grave en la cabeza o en el cuello? Yes No If yes _____

Esta tomando, o a tomado el medicamento, Phen-Fen or Redux? Yes No If yes _____

Ha tomando el medicamento Fosamax, Boniva, Actonel o cual quiere otro medicamento conteniendo _____ Yes No If yes _____

Usa drogas de forma recreativa? Yes No If yes _____

Toma bebidas alcoholicas? Cuanto? Frecuencia? Yes No If yes _____

Fuma o consume tabaco sin humo? Yes No

Experiencia dolores de cabeza? Yes No If yes _____

Alergico a algunos de los siguientes?

Asperina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Penicilina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Eritromicina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tetraciclina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Sulfa <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Anestésico local <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fluoruro <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Metales(niquel,oro, plata) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Latex <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Codeína <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		

Otras alergias? Yes No If yes _____

Esta Usted:

Tomando pildoras anticonceptivas? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Estás amamantando? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Embarazada o tratando de embarazarse? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Considerado una persona susceptible <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Se encuentra In feliz o deprimido? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Se encuentra cansado o fatigado? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		

DO YOU HAVE OR HAVE YOU EVER HAD:

VIH/SIDA <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Anemia u otro trastorno de la sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Medicamento Antidepresivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Artritis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Protesis artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedades Autoinmunes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas respiratorios <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Se le hacen moretones con facilidad <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes labial / fiebre Blister <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Lentes de Contacto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes (HbA1c____) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Trastorno Digestivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Drogadicción <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas emocionales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Epilepsia / Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Corazón : La válvula artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Corazón : Marcapasos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis (tipo____) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión arterialalta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
La urticaria o erupciones cutáneas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Deficiencia de la hormona <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ictericia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diálisis Renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad del hígado <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Trastorno neurológico <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	●osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sangrado prolongado (INR > 3 <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problemas de la próstata <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas psiquiátricos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Radioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reumática o la escarlatina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sinusitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Apnea del Sueño / ronquido <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedades de transmisión sexual <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Las úlceras estomacales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tiroides o enfermedad paratiroidea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tumor / crecimiento anormal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

A tenido o lo estan tratando por otras enfermedades? Yes No If yes _____

He contestado las preguntas en esta forma a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que dando informacion equivocada puede ser peligroso a mi salud(o el paciente). Es mi reponsibilidad informarle a la oficina dental de cual quier cambio en mi estado de salud.

Signature of Paciente, Padre o Madre :

X

Date: _____

HISTORIA DENTAL

Referido/a por _____ ¿Cómo calificaría la condición de su boca? Excelente Buena Regular Mala

Dentista anterior _____ ¿Por cuánto tiempo ha sido paciente? _____ Meses/Años

Fecha del examen dental más reciente ____/____/____ Fecha de la radiografía más reciente ____/____/____

Fecha del tratamiento más reciente (no una limpieza) ____/____/____

Veo a mi dentista habitualmente cada: 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No voy habitualmente

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? _____

POR FAVOR, RESPONDA SÍ O NO A ESTAS PREGUNTAS:

SÍ NO

HISTORIA PERSONAL



1. ¿Tiene temor a los tratamientos dentales? En una escala del 1 (muy poco) al 10 (mucho) [] _____
2. ¿Ha tenido experiencias dentales desfavorables? _____
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones de tratamientos dentales anteriores? _____
4. ¿Alguna vez ha tenido problemas para insensibilizar una zona, o ha tenido alguna reacción a un anestésico local? _____
5. ¿Tuvo alguna vez aparatos correctores, tratamiento de ortodoncia o corrección de la mordedura? _____
6. ¿Le han extraído algún diente? _____

CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA



7. ¿Hay algo que le gustaría cambiar en cuanto al aspecto de sus dientes? _____
8. ¿Ha blanqueado alguna vez sus dientes? _____
9. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad o complejos por el aspecto de sus dientes? _____
10. ¿Le ha desagradado el aspecto de tratamientos dentales anteriores? _____

MORDEDURA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA



11. ¿Tiene problemas con la articulación de su mandíbula? (dolor, sonidos, abertura limitada, trabado, crujidos) _____
12. ¿Tiene o tendría problemas para masticar chicle? _____
13. ¿Tiene o tendría algún problema para masticar bagels, baguettes, barritas de proteína u otros alimentos duros? _____
14. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, adelgazado o desgastado? _____
15. ¿Se están amontonando o espaciando sus dientes? _____
16. ¿Tiene que morder y apretar más de una vez para hacer que sus dientes coincidan? _____
17. ¿Mastica usted hielo, se muerde las uñas, usa sus dientes para asir cosas o tiene otros hábitos orales? _____
18. ¿Aprieta sus dientes durante el día o los hace doler? _____
19. ¿Tiene algún problema del sueño o se despierta notando algo en sus dientes? _____
20. ¿Usa o ha usado un aparato para la mordida? _____

ESTRUCTURA DE LOS DIENTES



21. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? _____
22. ¿Parece la cantidad de saliva en su boca demasiado escasa, o tiene dificultad para tragar algunos alimentos? _____
23. ¿Siente o nota agujeros (picados, cráteres) en la superficie de mordida de sus dientes? _____
24. ¿Tiene sensibilidad al calor, al frío, a morder o a los dulces en algún diente, o evita cepillar alguna parte de su boca? _____
25. ¿Tiene ranuras o muescas en sus dientes cerca de la línea de las encías? _____
26. ¿Ha tenido alguna vez dolor de dientes, rellenos rotos, dientes rotos, mellados o quebrados? _____
27. ¿Le quedan trozos de comida atrapados entre los dientes? _____

ENCÍAS Y HUESOS



28. ¿Sangran sus encías al cepillarse o usar el hilo dental? _____
29. ¿Le han tratado alguna vez por enfermedad de sus encías, o le han dicho que tiene pérdida de hueso alrededor de sus dientes? _____
30. ¿Ha notado alguna vez un sabor o un olor desagradable en su boca? _____
31. ¿Hay alguien con antecedentes de enfermedad de las encías en su familia? _____
32. ¿Ha sufrido retracción de las encías? _____
33. ¿Alguno de sus dientes se ha aflojado alguna vez por sí solo, sin una lesión, o tiene dificultad para comer una manzana? _____
34. ¿Ha tenido alguna vez sensación de ardor en su boca? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

Política financiera y de Citas

El paciente/garante es responsable por el costo total de todo el tratamiento independientemente de la cobertura de beneficios dentales. Nuestra promesa a usted es que vamos a hacer nuestro mejor esfuerzo para estimar lo más cerca posible de los costos de su caso antes de iniciar el tratamiento. Nuestra oficina le ayudará con presentación de reclamaciones y los documentos de apoyo a proveedores de beneficios dentales, pero si la reclamacion no es pagada dentro de 60 días de sumision,el paciente se le facturará. Mayor trabajo de restauración puede ser pre-autorizada sin embargo, esto puede retrasar el inicio del tratamiento. ***Pago de la parte del paciente se debe en el momento de la cita para todo el tratamiento recibido ese día.*** Para los procedimientos grandes (Implantes, Coronas, Sedacion, etc.) exigimos un depósito para reservar la cita.

Haremos todo lo posible para estimar con precisión beneficio dental para todos los procedimientos, pero el reembolso real puede variar de la estimación. Si hay una parte debido después de que la aseguranza ha pagado,se le mandara una facture y el pago se debe a la recepcion.

El pago de las porciones de los pacientes se puede hacer con la siguiente:

- Efectivo, Cheque or Money Order
- Targetas de credito (Visa, MasterCard, American Express, Discover)

Tenemos el placer de ofrecerle 5% de descuento por pre-pagar por cualquier tratamiento mayor, si el pago es hecho por complete en efectivo o cheque 7 días antes de la cita.

Expectativas con respecto a las citas:

Trabajamos muy duro en tratar nuestros pacientes como individuos únicos. Tratamos de seguir respondiendo a las necesidades de cada persona. A diferencia de muchas oficinas dentales donde el dentista rebota de habitación en habitación, nosotros nomas vemos un paciente a la ves. Cuando hace su cita con nosotros, tiene toda nuestra atención durante la duración de su cita.

Cancelaciones con poca anticipacion o citas perdidas, aumentan el costo de la atención dental- costes que en última instancia tienen que ser heredado por usted , nuestro paciente. Mas importante, citas perdidas no nos dan la oportunidad de ofrecerles la cita a otros pacientes en nesidad(y queriendo) de atencion dental. Por estas razones, le pedimos que porfavor lea y acepte estas expectativas:

- Por favor respete nuestro tiempo y el tiempo de nuestros pacientes, y denos por minimo dos dias de anticipacion para cancelar o cambiar su cita
- Pacientes con citas perdidas o canceladas con menos de dos dias de anticipacion, incurrirá un cargo de \$ 50.00 por hora por cita.

Persona Responsable

/ /
Fecha

Nombre

Altitude Dental
6100 219th ST SW
Suite 530
Mountlake Terrace, WA 98043
425.775.3446
www.IMakeYouSmile.com



**Reconocimiento de Recibo de la
Declaracion de Practicas de Privacidad**



Reconozco que he recibido la copia de la declaracion de practicas de privacidad para la oficina de Altitude Dental. La declaracion de practicas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi informacion de salud protegida que puede producirse en mi tratamiento, pago de servicios, o en el rendimiento de operaciones de la oficina medica. La declaracion de practicas de privacidad tambien describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de la oficina con respeto a mi informacion de salud protegida. La declaracion de practicas de privacidad tambien se encuentra en las facilidades.

Altitude Dental reserva el derecho de cambiar las practicas de privacidad descritas en esta declaracion de practicas de privacidad. Si cambian las practicas de privacidad, Yo se ofrecido una copia de la declaracion revisada, al tiempo de mi siguiente cita despues de que las revisions se an efectivas. Tambien puedo obtener la copia revisada de la declaracion de practicas de privacidad, solicitando por correo o otra forma de trasmision para mi.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN ADICIONAL

En adición a las divulgaciones admisibles descritas en la declaración de prácticas de privacidad, Yo autorizo la divulgación de mi cuidado de salud protegida e informació a las personas identificadas abajo. (Yo entiendo que la respuesta predeterminada es "NO". Si no se indica "Si" en cada una de las preguntas individual, su cuidado de salud protegida no puede ser compartida con nadie al menos de se esa permitido por las reglas de "HIPAA" (Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad.)

Esposo/a nomas	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Cualquier miembro de la familia inmediata: (Esposo/a, Hijos, Esposo/a de hijos)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Cualquier miembro de la familia extendida: (Padre o Madre, Nietos)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Otro:	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Nombre de paciente (Por favor imprima): _____

Firma de paciente (si es de edad de 18 años o mayor): _____

Nombre del Representante del paciente: _____

Firma del Representante del paciente : _____

Numero del representante: _____

Fecha: _____