

Bienvenidos

Gracias por su confianza. Avanti Dental Care le promete que hara todo lo posible para proveerle con el mejor cuidado dental. Si usted tiene cualquier pregunta haganosla saber.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono () _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____
Marque uno menor soltero casado divorciado viudo separado
Lugar de empleo del padre o del paciente _____ Tel. de su trabajo () _____
Dirección de su trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____
Nombre de su cónyuge _____ Lugar de empleo _____ Teléfono () _____
Si el paciente es estudiante, nombre la escuela _____ Ciudad _____ Estado _____
¿Cómo o quién le informo de nuestra oficina? _____
¿A qué persona debemos de contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono() _____

ESTADO DE CUENTA

Nombre de la persona responsable por la cuenta _____
Dirección del responsable _____ Teléfono () _____
Número de Licencia de Conducir _____ Fecha de nacimiento _____
Empleado por _____ Teléfono de su trabajo () _____
¿Es usted paciente de nuestra oficina? si no
Forma en que el estado de cuenta va a ser pagado _____

INFORMACION DE SU SEGURO DENTAL

Nombre del asegurado _____ Relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social (SS#) _____
Fecha de iniciación del empleo _____ Empleado por _____
Teléfono de su trabajo () _____ Dirección de su trabajo _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Nombre de la Compañía Aseguradora _____ Grupo # _____
Union Local # _____ Dirección de la aseguradora _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ ¿Cuál es su deducible? _____
¿Qué cantidad de su aseguranza a usado? _____ Beneficio anual máximo _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre del asegurado _____ Relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social (SS#) _____
Fecha de iniciación del empleo _____ Empleado por _____
Teléfono de su trabajo () _____ Dirección de su trabajo _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Nombre de la Compañía Aseguradora _____ Grupo # _____
Union Local # _____ Dirección de la aseguradora _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ ¿Cuál es su deducible? _____
¿Qué cantidad de su aseguranza a usado? _____ Beneficio anual máximo _____

HISTORIA DENTAL

Razón de su visita _____ Mi última visita dental fue en _____
Dentista que visitó _____ Fecha de sus últimos rayos-x _____

Marque si usted ha tenido uno de los siguientes puntos:

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Mal aliento | <input type="checkbox"/> | Rechidado de sus dientes | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> |
| Encías sangrantes | <input type="checkbox"/> | Dientes con movilidad | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad a lo dulce | <input type="checkbox"/> |
| Empastes rotos | <input type="checkbox"/> | Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al morder | <input type="checkbox"/> |
| Atrapamiento de comida | <input type="checkbox"/> | Problemas con sus encias | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al frio | <input type="checkbox"/> |

¿Cuántas veces se cepilla y utiliza el hilo dental? _____

HISTORIA MEDICA

Nómbre de su Médico _____ Día de su última visita _____

¿A tenido alguna enfermedad o operación grave? Si No Describa esta _____

¿A tenido transfusión de sangre? Si No Fecha de la transfusión _____

¿Está embarazada? Si No ¿Dá leche materna? Si No ¿Tóma píldoras anticonseptivas? Si No

Marque si ha tenido o tiene cualquiera de los siguientes puntos:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Cortizona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre scarlatina |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Catarro constante | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sangrado al tocer | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Piel seca |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Dolor de la quíjada | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o tobillos | <input type="checkbox"/> Glucoma | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Desmallos | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> Qumiterápea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Válvulas del corazón | <input type="checkbox"/> Hábito de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatoreos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Murmullo de corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

MEDICACIONES:

Enliste los medicamentos que esta tomando y la razón por la cual los esta tomando.

Enliste cualquier alergia que tenga.

AUTORIZACION Y LIBERACION DE DATOS

Yo he leído y contestado el cuestionario anterior con lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo y requiero de que mi compañía aseguradora pague directamente a Avanti Dental Care P.C. mis beneficios dentales. Autorizo al mismo la liberacion de los datos para asegurar el pago de estos. Yo entiendo que soy responsable por los cargos que mi aseguranza no cubra. Se que esta porcion debe ser pagda el día de mi tratamiento. Entiendo que hay un cargo de \$ 50.00 Dólares por cada hora que este reservada para mi tratamiento, si no llamo con 24 horas de antisipacion para el cambio de mi cita. Autorizo que se transmitan mi información de aseguranza y rayos-X via electrónica.

Firma del paciente o padre si es menor de edad. _____ Fecha _____

Reviewed by _____ B/P _____ P _____ Note _____