

Paciente Informacion

Paciente: _____ Fecha: _____
 (Apellido) (Nombre) (MI)

Direccion: Calle: _____ Departamento #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Hora para llamar?: _____

Celular: _____ Correo Electronico: _____

Social Security #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Masculino Femenino Casado Soltero Niños Otro: _____

Informacion Sobre Su Salud

Fecha de su ultima visita dental: _____ Razon de su visita: _____

Ha tenido alguna vez, alguna de las siguientes enfermedades? Ponga una cruz:

Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden Nervioso	~~~~~
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marca Paso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a La Codeina
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a La

Penicilina

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Al Heno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema Respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Phen-Fen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herida en la Cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uniones Artificiales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad al Corazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reumatismo	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo al Corazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a Latex
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad a la Sangre		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema Estomacal <input type="checkbox"/>

Fuma?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paro	<input type="checkbox"/> Altura: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vesicula	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Peso: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad al Riñon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores	~~~~~
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hgado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangramiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden Mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas	

- **Ud. Ha tenido alguna complicacion despues de su tratamiento dental?** Si No
 Por favor explique: _____
- **Ha estado hospitalizado o ha necesitado cuidado de emergencia durante los dos ultimos años?** Si No
 Por favor explique: _____
- **Ud. Se encuentra bajo tratamiento medico?** Si No
 Por favor explique: _____
 Nombre de su Medico: _____ Telefono: _____
- **Tiene algun tipo de problema que necesitemos saber?** Si No
 Por favor explique: _____

Con el mayor de mi conocimiento, todas las resquestas dadas son verdaderas y correctas. Si hay algun cambio en mi salud, le informare al doctor en mi proxima visita.

 Firma del paciente, persona responsable

 Fecha

Informacion Sobre Su Seguro Dental

Primaria

Asegurado: _____ Es el asegurado paciente? Si No
(Apellido) (Nombre) (MI)

Fecha de Nacimiento: _____ ID# _____ Grupo # _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre del Empleador: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Relacion del paciente con el asegurado: Mismo Esposo(a) Niños Otro _____

Nombre del Seguro y Direccion: _____

Secondaria

Asegurado: _____ Es el asegurado paciente? Si No
(Apellido) (Nombre) (MI)

Fecha de Nacimiento: _____ ID# _____ Grupo #: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre del Empleador: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Relacion del paciente con el asegurado: Mismo Esposo(a) Niños Otro: _____

Nombre del Seguro y Direccion: _____

Nuestras Reglas Financieras

Nuestro proposito es brindaries el mejor cuidado dental posible. Nuestra oficina se esfuerza en reunir o exceder los standars para el control de infecciones requeridos por OSHA, CDS y ADA. Durante su examen con el Doctor se le diagnosticaran sus problemas dentales y conversaremos con respecto a su tratamiento. Para la primera cita necesitamos recibir la suma total al final de la visita. Cualquier otro tratamiento que se la haga, necesitaremos recibir la suma total por las visita, a menos que ud haga otro arreglo con la secretaria de finanzas. En el caso que se su cuenta se pase de los 90 dias podra ser enviada a la agencia de coleccion. Si ud tiene seguro dental estaremos complacido de ayudarlo a procesar sus papeles.

Yo _____ entiendo lo que dice en el parrafo de arriba y autorizo a mi doctor para tomar radiografias y realizar un examen dental. Tambien entiendo que si mi balance se pasa de los 90 dias la oficina del Dr. Rubinchik se reserva los derechos de enviar la cuenta a mi tarjeta de credito, o si no tengo tarjeta de mi cuenta puede ser enviada a la agencia de coleccion.

Nuestra oficina se reserva el derecho de cobrar \$100 al cancelar una cita sin aviso previo de 48 horas, tambien entiendo que se me cargara el 1.5% de interes (18% anual) a mi cuenta a cualquier balance pasado de 90 dias a menos que se halla hecho un arreglo financiero indicando lo contrario.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha: _____