

# WELLINGTON DENTAL ASSOCIATES

9161 LIBERIA AVENUE | MANASSAS, VIRGINIA 20110

Fecha: \_\_\_\_\_ Numero de telefono (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Apellido)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Inicial de segundo nombre)

Direction \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nombre de Esposo(a)/Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador de Esposo(a)/Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social/No. de ID: \_\_\_\_\_ Seguro Social de Esposo(a)/Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, que debe ser notificado? \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Sólo marque los que correspondan).

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón      | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Dieta especial            |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión               | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza            | <input type="checkbox"/> Artritis                  |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja      | <input type="checkbox"/> Hepatitis o ictericia        | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática          |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios    | <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis    |
| <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos        | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica        | <input type="checkbox"/> S.I.D.A u otro            |
| <input type="checkbox"/> Recientes Pérdida de Peso  | <input type="checkbox"/> Diarrea crónica              | <input type="checkbox"/> Úlceras                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda       | <input type="checkbox"/> Alergias a los anestésicos   | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Alergias a medicina / drogas | <input type="checkbox"/> Dependencia Química       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Alergias generales           | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre |

Tiene alguna alergia a medicamentos o ha tenido una reacción adversa a algún medicamento? **SI o NO**

Si su respuesta es sí, a qué medicamento?

---

Alguna vez ha respondido negativamente a cualquier tratamiento médico o dental? **SI o NO**

Está tomando algún medicamento(s) en este momento? **SI o NO** Si su respuesta es sí, qué medicamento?

---

Está bajo el cuidado de un médico? **SI o NO** Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

---

Si el paciente es un niño, ¿cuál es su peso? \_\_\_\_\_

*Mujeres:* Usted sospecha que está embarazada? **SI o NO** Está amamantando? **SI o NO**

Hay algo más que deberíamos saber acerca de su historial médico? \_\_\_\_\_

---

HISTORIA DENTAL		SI	NO
1.	Sus encías sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental?	_____	_____
2.	Sus dientes son sensibles a líquidos / alimentos calientes o fríos?	_____	_____
3.	Sus dientes son sensibles a líquidos / alimentos dulces o amargos?	_____	_____
4.	Siente dolor en alguno de sus dientes?	_____	_____
5.	Tiene algún llagas o bultos en o cerca de su boca?	_____	_____
6.	Ha tenido alguna lesión en la cabeza, cuello o la mandíbula	_____	_____
7.	Ha tenido alguno de los siguientes problemas?		
	a. Trueno la mandíbula?	_____	_____
	b. Dolor (articulación, oído, lado de la cara)?	_____	_____
	c. Dificultad para abrir o cerrar la boca?	_____	_____
	d. Dificultad para masticar?	_____	_____
8.	Tiene dolores de cabeza frecuentes?	_____	_____
9.	Aprieta o rechina los dientes?	_____	_____
10.	Muerde los labios o las mejillas frecuentemente?	_____	_____
11.	Alguna vez ha tenido extracciones difíciles en el pasado?	_____	_____
12.	Alguna vez ha tenido sangrado prolongado después de extracciones?	_____	_____
13.	Ha tenido algún trabajo de ortodoncia?	_____	_____
14.	Ha tenido instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes?	_____	_____
15.	Ha tenido instrucciones sobre el cuidado de las encías?	_____	_____

***La información anterior es exacta y completa a mi mejor saber y entiendo que es sólo para el uso de mi tratamiento, facturación y procesamiento de los seguros para los beneficios de los que tengo derecho. No voy a responsabilizar a mi dentista o cualquier miembro de su personal de los errores u omisiones que pueda tener en el llenado de este formulario.***

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, el abajo firmante, tengo seguro con \_\_\_\_\_ y asigno todos los beneficios directamente a Dr. Yann y sus asociados. Si los hay, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones seguros ya sea manual o electrónico. Si la compañía de seguros está solicitando información sobre mis servicios dentales y no respondo, yo seré responsable de esos servicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento del Menor de edad**

Yo, siendo el padre/tutor de \_\_\_\_\_ solicito y autorizo al personal dental y la administración de los anestésicos que se consideren aconsejables por el doctor. En el caso que no esté presente a la cita actual cuando se representa el tratamiento, le enviaré un consentimiento por escrito de cualquier trato con la persona que va a tomar a mi hijo a la cita con el dentista.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **ACUERDO FINANCIERO**

Reconozco que el pago es debido en el momento del tratamiento, a menos que se tomen otras medidas escritas. Si el paciente es menor de edad, yo como padre/tutor acepto toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados para el tratamiento del menor. Yo acepto la responsabilidad completa por todos los cargos que no cubre mi seguro dental. Reconozco que habrá un cargo de \$35.00 en todas las cuentas que estén en mora 90 días y se envían a una empresa de colección. También reconozco que hay un cobro de \$45.00 para todas las citas canceladas sin aviso de 24 horas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **POLÍCA DE PRIVACIDAD**

1. La información que nos proporcione no será compartida o vendida a ninguna otra persona para su uso comercial.
2. Puede obtener una copia de su expediente de tratamiento. Los padres pueden tener una copia de los registros de tratamiento de sus hijos.
3. Puede agregar información a su expediente de tratamiento, especialmente los nuevos problemas médicos personales.
4. Se grabará cualquier comunicación del tratamiento a otros profesionales de la salud (especialistas en odontología, médico personal) o cualquier otra persona (compañía de seguros, la salud pública o agencia del orden público, etc.)
5. Usted puede decirnos que no desea ninguna información tratada con cualquier relación específica, sea un familiar, socios, etc
6. Por favor díganos si hay algo acerca de su tratamiento o experiencia que era inaceptable. Sólo podemos mejorar si tenemos sus comentarios y sugerencias.

### *ENTIENDO LA POLÍCA DE PRIVACIDAD COMO SE INDICA ARRIBA*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Tomamos su seguro como una cortesía, pero no somos plenamente responsables de que sus reclamos sean pagados. Es la responsabilidad del paciente de contactar a nuestra oficina al cabo de 30 días para confirmar que la demanda de seguro(s) se han pagado por su compañía de seguros o un cheque con su compañía de seguros. Si tenemos que volver a presentar una reclamación dental en su nombre, habrá un cargo adicional.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_