***Bienvenido***

Fechade hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Dr. Amarpreet S. Saini, DDS Inc.***

**Información Del Paciente**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha De Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_\_\_\_

licencia de conducir#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_Genero M F

Por favor marque lo que aplica a usted Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Otro

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_ \_\_Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E\_MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona a Avisar en Caso de una Emergencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco del Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Sobre El Seguro Dental**

PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono del Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_licencia de conducir\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido del Asegurado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Poliza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Dental del Paciente**

Nombre del Ultimo Dentista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?. si no 10) TienE dolores de cabeza con frecuencia? ……………….... si no

2) Son sus dientes sensibles a líquidos O alimentos fríos o calientes……. si no 11) Aprieta o mueve los dientes………………………………………. si no

3) Son sus dientes sensibles a líquidos O alimentos dulces o ácidos?....... si no 12) Muerde los labios o las mejillas con frecuencia si no

4) Siente dolor en algunos de los dientes? …………. si no 13) Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? si no

5) Tiene bultos o llagas cerca de la boca? ………… si no 14) Ha tenido algunos del los problemas

6) Ha tenido heridas en la cabeza, el cuello O la mandíbula?..................... si no Siguientes con la mandíbula?

7) Ha tenido tratamiento por un ortodoncista? ………… si no Dolor (articulación, oreja, lado de la carA……………………. si no

8) Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?................ si no Dificultad en abrir o cerrar la boca?.................................. si no

9) Le gusta su sonrisa? ………… si no Dificultad al masticar…………………………………………………………. si no

**AUTORIZACIONES**  
- Yo autorizo ​​al personal DENTAL PARA REALIZAR TRATAMIENTO DENTALES NECESARIO QUE PUEDA necesita (incluye radiografías / EXAMEN ) Reconozco YO ENTIENDO QUE NO HAY GARANTIA POR EL TRATAMIENTO DENTAL QUE SE LE HAGA.

- Yo autorizo ​​que la INFORMACION RELACIONADA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PUEDE SER COMPATIDA CON OTROS DENTISTAS.  
- Yo autorizo ​​a mi COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PAGAR AL DENTISTA TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, QUE DE OTRA FORMA SERIAN PAGADOS A USTED POR LOS SERVICIOS RENDADOS

- Yo autorizo ​​el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro .  
- AUTORIZO EL DENTISTA facilitar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios.  
- Yo Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos QUE sean o no pagados por el seguro.  
- YO ENTIENDO QUE UNA TARIFA DE $ 50 será evaluado por citas perdidas sin previo aviso. Y PUEDE RESULTAR EN DESPIDO DEL PACIENTE DE OFICINA.

 RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS ANTERIORES AUTHRIZACIONES/DIRECTRICES

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

***continúe al reverso***

***Historia Medica del Paciente***

Nombre del Medico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Esta ahora bajo tratamiento medico?............................................ si no 10) Es Ud. alérgico o ha tenido una reacción a estas sustancias?

2) Durante los últimos 5 anos, ha sido hospitalizado por una operación o Anestésica local (Novocaína)…………………………………………… si no

enfermedad seria?................................................................................ si no Penicilina o otros antibióticos…………………………………………. si no

si es así, explique por favor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sulfamidas…………………………………………………………………………… si no

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Barbitúricos………………………………………………………………………… si no

3) Esta tomando alguna droga o medicina? (receta o no)…………. si no Sedantes…….………………………………………………………………………….. si no

Si es así, explique por favor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yodo………………………………………………………………………………………. si no

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aspirina…………………………………………………………………………………. si no

4) Has Ud. Tomado Phen-fen/Redux?...................................................... si no Algunos metales (níquel, mercurio)……………………………….. si no

5) Usa tabaco Ud.?..alcohol?................................................................... si no Látex o productos de hule……………………………………………….. si no

6) Usa Ud. Drogas ilícitas?........................................................................ si no 11) Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonelo algún medicamento

7) Usa Ud. lentes de contacto?............................................................... si no para el cáncerque contenga Bisphosphonates?........... .. si no

8) Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Lavitra en las últimas 24 horas…. si no 12) Está embarazada o piensa que si?.................................. si no

9) Esta amamantando?..................................................................... si no Otro (Explique por favor) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor marque si tiene o ha tenido las condiciones siguientes:**

Presión alta…………. si no Glaucoma………………………. si no Problemas del estomago….. si no Ataque cardiaco……………………. si no

Diabetes……………….. si no Dolor del pecho…………….. si no Fiebre reumática…………………. si no Murmullos en el corazón……. si no

Falta de aliento…. si no Tobillos hinchados………. si no Angina de pecho…………………... si no Ataque de parálisis………………... si no

Desmayo/ataques.. si no Cansado con frecuencia.. si no Fiebre del heno/alergias……. si no Problemas cardiacos……………. si no

Anemia………………….. si no Tuberculosis……………………. si no Presión baja…………………………… si no Reemplazo de articulación…… si no

Cáncer………………….. si no Enfermedad cardiaca……. si no Marcapaso cardiaco…………… si noEnfermedad de tiroides…………. si no

Leucemia………………. si no Artritis……………………………… si no Reciente perdida de peso…….. si no Terapia de radiación……………... si no

Asma…………………….. si no Enfermedad del riñón…… si no implante…………………………….. si no Enfermedad venérea………………. si no

Enfisema……………… si no Hepatitis/Ictericia…………… si no Problemas respiratorios…... si no Enfermedad de hígado…………... si no

Epilepsia/convulsiones…….. si no Prolapso de válvula mitral.. si no SIDA o infección por HIV………….. si nO

Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVISODE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestra oficina está HIPPA COMPLIANT se compromete a que cumplen o LOS estándarS de cuidado. SU INFORMACIÓN PROAGIDA Y PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA POR SU DENTISTA, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que seRA impliQUE su cuidado ytratamiento con el finde proporcionar servicios deatención médica a usted, para pagar sus cuentasCUIDADO DELA SALUD, PARA APOYO LA OPERACIÓN DE LA PRÁCTICA DEL DENTISTA, y cualquier otro uso requerido por LA ley.USTED TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR, inspeccionar y DE copiar su información médica protegida.Usted puede quejarse con EE.UU.OAL SECRETARIODE SALUD Y SERVICIOSHUMANOSSI USTED CREEque sus derechos han sido violados por EE.UU.. SI TIENE ALGUNA objeciones a esta PRÁCTICA DE PRIVACIDAD, POR FAVOR PIDA HABLAR CON NUESTRO HIPAA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO422-8332.

Yo entiendo que la información que he dado es CORRECTASA LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, QUE SE MANTENDRÁ EN CONFIDENCIA es mi responsabilidad informar a DR. SAINI DDS INC. DE CUALQUIER CAMBIO EN MI CONDICIÓN MÉDICA.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FeCHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_