

CUESTIONARIO COVID-19

EL PACIENTE INFORMA:

Patient Name _____ Birth Date _____

Esta forma de divulgación de información busca datos sobre su persona que debemos considerar antes de tomar decisiones sobre tratamientos en caso de virus COVID-19.

Un sistema inmunológico débil ó vulnerable (incluyendo pero no limitado a condiciones como diabetes, asma, COPD / Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, tratamiento de Cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad previa, actual ó condición médica) puede ponerlo a mayor riesgo de contraer COVID-19. Por favor de brindarnos información sobre cualquier condición que comprometa a su sistema inmunológico y entienda que podemos pedirle reconsiderar agendar tratamiento después de haber discutido su condiciones con nosotros.

Es también importante que nos informe si usted ha estado expuesto al COVID-19, o si ha experimentado algún signo ó síntoma asociado con el virus COVID-19.

	Sí	No
¿Tiene fiebre ó temperatura arriba de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado falta de respiración ó dificultad al respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene escurrimiento nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido o ha disminuido recientemente su sentido del olfato o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguien que ha dado resultado positivo al COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho la prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si lo ha hecho; su resultado fue <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> ó está esperando resultados?		
¿Ha viajado fuera de los Estado Unidos por aire, ó en un crucero en los 14 días anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos por aire, camión ó tren en los 14 días anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo y reconozco la información antes mencionada, riesgos y precauciones referentes a un sistema inmunológico comprometido y he dado a mi proveedor todo tipo de información en mi historial médico que pueda tener como resultado un sistema inmunológico comprometido.

Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que he dado anteriormente son ciertas y precisas.

X _____ **X** _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre ó guardián si es menor de edad) Revisado Por Fecha

COVID-19 TRATAMIENTO DENTAL PANDÉMICO FORMA DE AVISO Y RECONOCIMIENTO DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud ha caracterizado al virus COVID-19, también conocido como Coronavirus como una pandemia. Nuestra oficina quiere asegurarse que usted está consciente del riesgo de exposición al COVID-19 asociado al recibir tratamiento durante esta pandemia.

El COVID-19 es altamente contagioso y tiene un periodo de incubación largo. Usted ó sus proveedores de salud pueden tener el virus sin mostrar síntomas y aun así ser altamente contagioso. El COVID-19 puede ser una enfermedad respiratoria mortal en algunos pacientes. Usted puede estar expuesto al COVID-19 en cualquier momento y lugar. Debido a la frecuencia y número de visitas de algunos otros pacientes, las características del virus, y las características de los procedimientos dentales, hay un riesgo elevado de que usted pueda contraer el virus con el simple hecho de estar presente en nuestra oficina.

Los procedimientos dentales pueden crear un fino aerosol que puede permanecer en el aire por varios minutos y hasta horas. Estos aerosoles pueden contener el virus del COVID-19 y pueden crear un riesgo a exposición del COVID-19. Usted no puede portar máscara protectora sobre su boca para reducir la exposición durante el tratamiento ya que su proveedor de salud necesita tener acceso a su boca para realizar su trabajo. Esto lo deja vulnerable a la transmisión del COVID-19 mientras recibe tratamiento dental.

Para brindar un ambiente seguro a nuestros pacientes y empleados, esta oficina sigue todas las regulaciones y protocolos estatales y federales de control de infecciones, protección personal universal y desinfección. Sin embargo, debido a la naturaleza de los procedimientos que brindamos puede que no sea posible mantener distanciamiento social entre pacientes, doctores y empleados todo el tiempo.

Reconocimiento del Paciente

Reconozco que he leído el aviso en este documento. Entiendo y acepto que hay un riesgo elevado de estar expuesto al COVID-19 con tratamiento durante la pandemia.

Entiendo y acepto el riesgo a estar expuesto al COVID-19 al recibir algún tratamiento en esta oficina.

También reconozco que podría, o pudiera haber sido expuesto a COVID-19 fuera de esta oficina y sin relación a esta visita.

X _____ **X** _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre ó guardián si es menor de edad) Revisado Por Fecha

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Welcome to our Practice

Fecha 11/05/2020

INFORMACION DEL PACIENTE: Patient Information

Sr. Sra. Srta. Dr. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____
First Name Last Name

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____ E-mail _____
Sex Male Female Date of Birth Age Social Security E-mail

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. de su Residencia(_____) _____ Tel. Celular(_____) _____ E-mail _____
Home Phone Cell Phone E-mail

¿Encontraste nuestra práctica en el Internet? Sí No Referido por _____
Did you find our practice online? Referred by PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

¿Ha sido usted paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No ¿Algún familiar suyo ha sido paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No
Have you ever been a patient of our practice? Yes No Has a family member ever been a patient of our practice? Yes No

Dentista _____ Médico _____
Dentist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Medical Dr. PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

Farmacia Preferida _____ Tel. (_____) _____
Preferred Pharmacy Tel.

Licencia de Conducir Núm. _____ Familiar más cercano que no viva con usted _____ Tel. (_____) _____
Driver's Licence Number Nearest relative not living with you PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Tel.

Lugar de Trabajo _____ Tel. del Trabajo(_____) _____ Método de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito
Employer Business Phone Personal Payment Type: Cash Check Credit Card

En caso de emergencia, favor de contactar a _____ Tel. (_____) _____ Parentesco _____
In case of emergency, please contact Tel. Relation

PERSONA ENCARGADA DE ESTA CUENTA: Who will be responsible for your account

Yo mismo (Si es usted mismo, continúe con la próxima sección) Esposo(a) Padre Madre Otro _____
Self (If self, skip to next section) Spouse Father Mother Other

Nombre _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Tel. (_____) _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Social Security Date of Birth Age Tel.

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Licencia de Conducir Núm. _____ Lugar de Trabajo _____ Tel. del Trabajo(_____) _____
Driver's Licence Number Employer Business Phone

INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE U OTRO GARANTIZADOR: (si es diferente al anterior) Spouse or other guarantor information (if different from above)

Nombre _____ Parentesco _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation Social Security Date of Birth

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. (_____) _____ Lugar de Trabajo _____ Tel. del Trabajo(_____) _____
Tel. Employer Business Phone

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Insurance Information

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No Nombre de la Escuela / Dirección _____
Student Full Time Part Time Not School Name / Address

Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Legalmente separado(a)
Marital Status Married Divorced Widow Single Legally Separated

Empleado(a): Tiempo completo Tiempo parcial Retirado(a) No ¿Pertence usted a un PPO ó HMO? Sí No
Employed Full Time Part Time Retired Do you belong to a PPO or HMO? Yes No

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO: Primary Insurance Information

Seguro de tipo: Dental Médico
Insurance Type: Dental Medical

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo(_____) _____ Plan _____
Bus. Tel. Plan

Nombre de la Compañía de Seguro _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ CIUDAD (City) _____
DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City)

ESTADO (State) _____ CÓDIGO POSTAL (Zip) _____ Tel. (_____) _____
ESTADO (State) CÓDIGO POSTAL (Zip) Tel.

Grupo Núm. _____ Nombre del Grupo _____
Group Number Group Name

Persona Asegurada _____ Parentesco _____
Insured party PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation

Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____
Sex M F Date of birth Social security number

Dirección _____ Ciudad _____
Address City

Estado, Código Postal _____ Tel. (_____) _____
State, Zip State, Zip Tel.

COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO: Secondary Insurance Information

Seguro de tipo: Dental Médico
Insurance Type: Dental Medical

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo(_____) _____ Plan _____
Bus. Tel. Plan

Nombre de la Compañía de Seguro _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ CIUDAD (City) _____
DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City)

ESTADO (State) _____ CÓDIGO POSTAL (Zip) _____ Tel. (_____) _____
ESTADO (State) CÓDIGO POSTAL (Zip) Tel.

Grupo Núm. _____ Nombre del Grupo _____
Group Number Group Name

Persona Asegurada _____ Parentesco _____
Insured party PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation

Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____
Sex M F Date of birth Social security number

Dirección _____ Ciudad _____
Address City

Estado, Código Postal _____ Tel. (_____) _____
State, Zip State, Zip Tel.

INFORMACIÓN DENTAL: Dental Information

Razón de su visita a nuestra oficina _____ ¿Tiene usted dolor? Sí No, ¿Por cuánto tiempo? _____
Reason for today's office visit? Are you in pain? Yes No For how long?

Favor de indicar cualquiera de los siguientes problemas marcando la casilla correspondiente:

<input type="checkbox"/> Malestar, escucha un "click" ó le truena la mandíbula <small>Discomfort, clicking, or popping in jaw</small>	<input type="checkbox"/> Perdido / roto relleno <small>Lost / broken filling</small>	<input type="checkbox"/> Dientes manchados <small>Stained teeth</small>	<input type="checkbox"/> Dificultad al cerrar mandíbula <small>Difficulty closing jaw</small>
<input type="checkbox"/> Encías rojas, hinchadas y sangrado <small>Red, swollen, or bleeding gums</small>	<input type="checkbox"/> Rechina o aprieta sus dientes <small>Teeth grinding / clenching</small>	<input type="checkbox"/> Bloqueo de la mandíbula <small>Locking jaw</small>	<input type="checkbox"/> Dificultad al abrir mandíbula <small>Difficulty opening jaw</small>
<input type="checkbox"/> Aparato dental removible <small>A removable dental appliance</small>	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <small>Ringing in ears</small>	<input type="checkbox"/> Mal aliento <small>Bad breath</small>	<input type="checkbox"/> Dientes flojos <small>Loose / shifting teeth</small>
<input type="checkbox"/> Ampollas / llagas en ó alrededor de la boca <small>Blisters / sores in or around the mouth</small>	<input type="checkbox"/> Diente roto / cuarteado <small>Broken / chipped tooth</small>	<input type="checkbox"/> Lengua ardiente <small>Burning tongue / lips</small>	<input type="checkbox"/> Alimentos atrapados en los dientes <small>Food caught between teeth</small>
<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado por lesión / extracción <small>Prolonged bleeding from an injury / extraction</small>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las encías <small>Gum disease</small>	<input type="checkbox"/> Dolor de muelas <small>Toothache</small>	<input type="checkbox"/> Hinchazón / bultos en la boca <small>Swelling / lumps in mouth</small>
<input type="checkbox"/> Infecciones recientes ó dolor de garganta <small>Recent infections or sore throat</small>	<input type="checkbox"/> Otro <small>Other</small>		

Dientes sensibles al: Calor Frío Dulce Morder
My teeth are sensitive to Hot Cold Sweets Biting

Fecha del último examen dental _____ Últimos rayos X dentales _____ ¿Cuántas veces al día se cepilla? _____ ¿Cuántas veces a la semana usa hilo dental? _____
Last dental exam Last dental x-rays Times a day you brush? Times a day you floss?

¿Cómo calificaría su sonrisa? (mala) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (buena) ¿Quiere dientes más blancos? Sí No
How would you rate smile? worst best Would you like whiter teeth? Yes No

¿Qué tipo de cerdas usa en su cepillo dental? Suave Medio Duro
What type of toothbrush bristles do you use? Soft Medium Hard

HISTORIAL MÉDICO: Medical History

- ¿Se encuentra usted bien de salud? Sí No • **Altura** _____ **Peso** _____ • ¿Ha visto al médico recientemente? Sí No
Are you in good health? Yes No Height Weight Are you under the care of a physician? Yes No
- ¿Algun otro doctor ó su dentista previo le ha recomendado el uso de antibióticos antes de su tratamiento dental? Sí No
Has a physician of previous dentist recommended that you take antibiotics prior to your dental treatment? Yes No
- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, operación, u hospitalización en los últimos cinco años? Sí No
Have you had any illness, operation, or been hospitalized in the past five years? Yes No
- ¿Alguna vez ha tenido anestesia general? Sí No • ¿Usted ó algun familiar ha tenido alguna reacción seria ó inusual a la anestesia general? Sí No
Have you ever had general anesthesia? Yes No Have you, or a family member, had any unusual or serious reactions to general anesthesia? Yes No

¿Tiene ó ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, condiciones médicas ó tratamientos? Do you have, or have you had, any of the following diseases, medical conditions, or procedures?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <small>Rheumatic fever</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión alta <small>High blood pressure</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión baja <small>Low blood pressure</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvula mitral prolapxada <small>Mitral valve prolapse</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón <small>Heart murmur</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho / angina <small>Chest pain / angina</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque(s) al corazón <small>Heart attack(s)</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latidos del corazón irregulares <small>Irreg. heart bt.</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos en el corazón <small>Cardiac pacemaker</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía (operación) del corazón <small>Heart surgery</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvulas del corazón dañadas <small>Damge hrt. valve</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía / Bronquitis / Tos crónica <small>Pneumonia / Bronchitis / Chronic cough</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga crónica / Sudores nocturnos <small>Chronic fatigue / Night sweats</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prob. para subir 1-2 pisos con de escaleras <small>Problems climbing 1-2 flights of stairs</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia <small>Anemia</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <small>Asthma</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <small>Mental health prob.</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas del sistema inmune <small>Problems with your immune system</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cicatrizacion lenta <small>Delay in healing</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre del heno ó sinusitis <small>Hay fever / sinus prob.</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronquidos <small>Snoring</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apnea del sueño / CPAP <small>Sleep apnea / CPAP</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <small>Respiratory prob.</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis <small>Tuberculosis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema <small>Emphysema</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Fuma ó vape? cuanto por día _____ <small>Do you smoke or vape, if so, how much per day</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utiliza tabaco para mascar <small>Use chewing tobacco</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Una historia de consumo de marihuana ó drogas <small>History of marijuana or drug use</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha sido alcohólico <small>History of alcohol abuse</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado anormal <small>Abnormal bleeding</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar <small>Bleeding tendency</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <small>Blood transfusion</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre <small>Blood disorder</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <small>Ankle problem</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos / glaucoma <small>Eye disease / glaucoma</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia ó enfermedad del hígado <small>Jaundice / liver disease</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis <small>Hepatitis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula <small>Gallbladder trouble</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos <small>Fainting spells</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia <small>Convulsions / epilepsy</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <small>Stroke</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides <small>Thyroid trouble</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <small>Diabetes</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Azúcar baja <small>Low blood sugar</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo diálisis? <small>Are you on dialysis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los riñones <small>Kidney trouble</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <small>STDs</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COVID-19 <small>COVID-19</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas <small>Contagious disease</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La mononucleosis infecciosa <small>Infectious mononucleosis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis ó enfermedad de las coyunturas <small>Arthritis / joint disease</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implante protésico <small>Prosthetic implant</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación <small>Joint replacement</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Osteopenia <small>Osteoporosis / osteopenia</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteonecrosis <small>Osteonecrosis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlcera de estómago <small>Stomach ulcers</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IBS / Colitis <small>IBS / Colitis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumor <small>Tumor / growth</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer / Radioterapia / Quimioterapia <small>Cancer / radiation therapy / chemotherapy</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está usted a dieta <small>Are you on a diet</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <small>Contact lenses</small></p> |
|--|---|--|--|

MEDICAMENTOS & ALERGIAS Medications & Allergies

Está usted tomando: Are you now taking

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pastillas para los nervios <small>Nerve pills</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Píldoras de dieta <small>Diet pills</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Analgésicos (como la aspirina) <small>Pain killers (including aspirin)</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tranquilizantes <small>Tranquilizers</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Relajantes musculares <small>Muscle relaxers</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insulina <small>Insulin</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimulantes <small>Stimulants</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antidepresivos <small>Antidepressants</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anticoagulantes (Coumadin, Aspirina, Eliquis, Xarelto) <small>Blood thinners</small></p> |
|---|---|--|--|

Favor de listar cualquier medicamento que está tomando actualmente: Please list any medications you are currently taking

MEDICAMENTO <small>Medication</small>	DÓSIS <small>Dosage</small>	FRECUENCIA <small>Frequency</small>	MEDICAMENTO <small>Medication</small>	DÓSIS <small>Dosage</small>	FRECUENCIA <small>Frequency</small>

Es usted alérgico ó ha tenido alguna reacción a: Are you allergic to, or had a reaction to

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina <small>Penicillin</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pentatal sódico / Valium / otros tranq. <small>Sodium pentothal / valium / other tranquilizers</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soya <small>Soy</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drogas sulfamidadas <small>Sulfa drugs</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina <small>Aspirin</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Huevos / Yema <small>Eggs / yolk</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestesia local (med para adormecer) <small>Local anesthesia (numbing med)</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína ú otros narcóticos <small>Codeine or other narcotics</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfatos <small>Sulfites</small></p> | <p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amoxicilina <small>Amoxicillin</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex <small>Latex</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna alergia conocida <small>Any known allergies</small></p> |
|--|--|---|---|

Una lista de cualquier otro medicamento o antibiótico es alérgico a:

MEDICAMENTO / ANTIBIÓTICO <small>Medication / Antibiotic</small>	MEDICAMENTO / ANTIBIÓTICO <small>Medication / Antibiotic</small>

Liste otras distintas alergias a medicamentos:

List any allergies other than drug allergies

Preguntas 1-4 abajo sólo para mujeres: Questions 1-4 below are for women only Nota para las mujeres: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico o ginecólogo sobre otros métodos anticonceptivos adicionales. Antibiotics (such as penicillin) may alter the effectiveness of birth control pills. Consult your physician/gyno for assistance regarding additional methods of birth control

- 1) ¿Existe la posibilidad de estar embarazada? Is there a possibility of pregnancy? Sí No
- 2) Fecha estimada para el parto Expected delivery date _____
- 3) ¿Está lactando? Are you nursing? Sí No
- 4) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Are you taking birth control pills? Sí No

Certifico que yo he leído y he entendido las preguntas anteriores. También reconozco que las preguntas, si alguna, sobre la información pedida anteriormente han sido contestadas en forma satisfactoria. Yo no haré responsable al cirujano o a su personal por errores u omisiones que yo haya podido cometer al completar esta forma.

I certify that I have read and I understand the questions above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my surgeon, or any other member of his / her staff, responsible for any errors or omissions that I have made in the completion of this form.

X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor)
Signature of patient (parent or guardian, if minor)

X _____
Revisado Por
Reviewed by

X _____
Fecha
Date

HONORARIOS Y PAGOS: Nosotros hacemos todo lo posible por mantener bajos los procedimientos dentales que le ofrecemos a usted. Usted puede contribuir a esta meta pagando después de cada visita a nuestra oficina. Bajo circunstancias especiales, le podemos ofrecer un plan de pago para el cual necesita hablar con el(la) administrador(a) de nuestra oficina. Usted puede solicitar una cotización o estimado de los cargos a pagar por cualquier procedimiento o cirugía. Si usted tiene seguro médico o dental, con mucho gusto le llenaremos las debidas formas. Le pedimos que, por favor, complete toda la información en esta forma.

Favor de recordar que el seguro se considera como un reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no constituye una sustitución del pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar el deducible, co-seguro o cualquier otro balance que no haya sido pagado por su compañía de seguro. Usted será responsable de todos los costos envueltos en el cobro, los honorarios de un abogado y los costos legales.

Fees and Payments: We make every effort to keep down the cost of your care. You can help by paying upon completion of each visit. Other arrangements can be made with our office manager depending upon special circumstances. An estimate of the charge for any procedure or surgery you may require will be given to you upon request. If you have any dental and/or medical insurance we will be glad to fill out the proper forms, but please complete the identifying information on this form.

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance or any other balance not paid for by your insurance company. You will be responsible for all collection costs, attorneys fees, and court costs.

X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) Signature of patient (parent or guardian, if minor)

X _____
Fecha Date

Mediante esta firma, autorizo a que se divulgue la información necesaria para procesar mi reclamación. Por la presente, yo autorizo a que se le paguen al médico los beneficios correspondientes, de lo contrario deben ser pagados a mí. This signature on file is my authorization for the release of information necessary to process my claim. I hereby authorize payment to this doctor named of the benefits otherwise payable to me.

X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) Signature of patient (parent or guardian, if minor)

X _____
Fecha Date

Yo reconozco que una copia de este Aviso oficina de prácticas de privacidad se ha puesto a mi disposición. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier preguntas que pueda tener acerca de este aviso. I hereby acknowledge that a copy of this office's Notice of Privacy Practices has been made available to me. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding this Notice.

X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) Signature of patient (parent or guardian, if minor)

X _____
Fecha Date