



# Hallmark Family Dental

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario completamente. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarlo. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento

## de su salud dental. La Información del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_)  
Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_M \_\_\_F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_Soltero(a) \_\_\_Casado(a) \_\_\_Viudo(a) \_\_\_Separado(a) \_\_\_Divorciado(a) ¿A  
quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.?  
¿En caso de emergencia, a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_

## Seguro Primario

¿Quién es responsable por esta cuenta?: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Empleado(a) por: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Grupo Número: \_\_\_\_\_

## Actualización de la Historia Clínica

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última Visita al Dentista: \_\_\_\_\_ Ex Dentista: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última Radiografía Dental: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido alguno de los siguientes?: \_\_\_Mal Aliento \_\_\_Rechinar  
\_\_\_Sensibilidad al Calor \_\_\_Sangrado de las Encías \_\_\_Dientes Flojos o Empastes Rotos  
\_\_\_La Sensibilidad a los Dulces \_\_\_Clic o Chasquidos \_\_\_Tratamiento Periodontal  
\_\_\_Cuando la Sensibilidad Morder \_\_\_Recogida de Alimentos Entre los Dientes  
\_\_\_Sensibilidad al Frío \_\_\_Llagas o Crecimiento en la Boca  
¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_



Clínica

Nombre del Médico:

Fecha del Último Examen Físico:

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las Casillas que correspondan):

- Especial Problemas del Corazón  Epilepsia  Dieta
- Presión Sanguínea Baja Presión Sanguínea Alta  Dolores de Cabeza
- Fiebre Reumática
- Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado  Problemas de la Sinus
- Problemas Circulatorios  Cáncer
- VIH/SIDA u Otros
- Problemas Nerviosos  Tratamiento Psiquiátrico
- Trastornos Inmunosupresores
- Cerebral Radioterapia  Diarrea Crónica  Embolia
- Anestésias Glándulas del Cuello Hinchadas  Alergias
- Úlcera
- Drogas Reciente Pérdida de Peso  Alergias Medicinaso
- Enfermedades Venéreas
- Droga adicción Problemas de la Espalda  Alergias Generales
- Diabetes  Enfermedad de la Sangre  Hemofilia
- Enfermedad de Pericardio Albúmina Últ  Micro Coag Aftis

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tomando Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipez, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramine).

Sí  No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No ¿Está Ud. amamantando a un bebé?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y complete, a mi leal saber y entender, y se proporciono con el único objeto de que ese use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a me dentist ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar esta formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma (SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el sucrito, tengo sugro con (Nombre de la(s) Compañia(s) de Seguros \_\_\_\_\_

Y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro ya sea que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

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

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de (Nombre del menor/niño) \_\_\_\_\_ por el presente solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi ni ño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado/Tutor: \_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vance cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros a rreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son reponsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de us menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado/Tutor: \_\_\_\_\_