

Town East Dental Group
towneastdentalgroup.com

office@towneastdentalgroup.com
972-270-2911

3133 N. Town East Blvd Mesquite, TX 75150

Bienvenido a Town East Dental Group

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Nombre Preferido: _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

Telefono (Casa): _____ Telefono (Trabajo) _____

Telefono (Movil) _____ Numero de S.Social _____

Genero M___ F___ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil: Soletto / Casado / Nino / Otro

Direccion de correo electronico _____

Numero de licencia y estado _____

Empleo

Lo siguiente es para: El Paciente ___ La persona responsable del pago _____ Los dos _____

Nombre de Empleador: _____ Numero _____

Direccion del Empleador:

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

A quien le agradecemos la referencia? _____

En caso de emergencia, a quien le podemos llamar? Nombre, numero, y relacion

Nombre de la seguridad: _____ Numero de ID: _____

Numero de la seguridad: _____

HISTORIA DENTAL

Razón por la que vino hoy _____

Fecha de su ultima visita al dentista _____

Nombre de el Dentista _____

Cada cuando va al dentista:

3 meses _____ 4 meses _____ 6 meses _____ 12meses _____ Casi no voy _____

Como calificaria higiene bucal?

Excelente _____ Bien _____ Justo _____ Pobre _____

Cual es su preocupacion de su salud dental?

Ahi algo de la apariencia de su sonrisa que le gustaria cambiar? Si No

Marque todo lo que coresponda

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Complicaciones de tratamientos dental | <input type="checkbox"/> Sensible a lo frio |
| <input type="checkbox"/> Reacion a anestecia | <input type="checkbox"/> Sensible a lo caliente |
| <input type="checkbox"/> Su boca esta seca | <input type="checkbox"/> Sensible cuando muerde |
| <input type="checkbox"/> Se junta comida ente los dientes | <input type="checkbox"/> Bultos o llagas cercas de su boca |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encia | <input type="checkbox"/> Ruido en la quijada |
| <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Dientes flojos |
| <input type="checkbox"/> Rellenos quebrados | <input type="checkbox"/> Muerde hielo |

Otro: _____

HISTORIAL DE SALUD

Aunque el personal dental trata principalmente el area dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted puede tener o los medicamentos que usted puede tomar podrian tener una interrelacion importante con la odontologia que usted recibira. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Esta tomando medicamentos? Si No

Alguna vez ha tenido una lesion seria en la cabeza o el cuello? Si No

Usa tabaco? Si No

Utiliza sustancias controladas? Si No

Usted ronca? Si No

Le han diagnosticado apnea del sueño? Si No

Es usted alergico a alguno de los siguientes?

Aspirina Penicillina Codeina Acrillico Metal Latex Anestésicos Locales

Otro: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Anemia	ADHD/ADD	Hepatitis A/B/C	Osteoporosis
Artritis, Reumas	Anciedad	Alta presión	Diabetes tipo 1 o 2
Sida o VIH	Embolio	Epilepsia	Infección de riñón
Asma	Desmayos	Glaucoma	Marcapasos
Cáncer	Depresión	Colesterol Alto	Tuberculosis
Tumor	Úlceras	Problema respiratorio	Sangrado excesivo
Valvulas artificiales del corazón		Quimioterapia	Radición
Murmullo al corazón	Problemas del corazón	Hemofilia	Dialisis
Autismo	Enfermedad de Parkinson	STI/HPV	Alzheimers/Demencia
Articulaciones artificiales		Enfermedad autoinmune	
Anticoagulante	Presión Baja	Replaco de articulación	Apnea del sueño

Otro: _____

__ Embarazada/ Amantando

__ Toma pastillas anticonceptivas

Necesita premedicamento antes de cualquier tratamiento? Si No

Esta actualmente bajo tratamiento medico? Si No _____

Ha estado hospitalizado actualmente? Si No _____

Ha tenido cirugias actualmente o en el pasado? Si No _____

Medicamento y dosis:

Nombre y numero de la farmacia preferida:

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precision. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado medico.

FIRMA DE PACIENTE, PADRE, O TUTOR: _____

FECHA: _____

RECONOCIMIENTO DE HIPPA

En el caso de que desee que un familiar o un amigo discuta su tratamiento dental con nuestra oficina, debemos tener permiso / consentimiento por escrito de usted para hacerlo. Por indique abajo a cualquier persona que usted otorga permiso o consentimiento para discutir su informacion, tales como radiografias, informacion de la cuenta, tratamiento, etc.

___ Por la presente doy permiso / consentimiento a Town East Dental Group para discutir cualquier informacion dental con los individuos nombrados a continuacion.

___ No deseo que Town East Dental Group discuta mi tratamiento dental con alguien apart de mi.

POLIZA FINANCIERA OFICIAL

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable financieramente por los servicios otorgados para mi mismo o la persona que se menciona abajo, a menos que haya cobertura de seguridad en el día que se otorgue el servicio.

Todo trabajo deberá pagarse al tiempo de su cita. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, master card, visa, american express y discover.

Como cortesía, aceptamos la asignación de benéficos de seguridad permitiendo así que pague su deducible y su porcentaje a la hora del tratamiento.

Entiendo que mi seguridad es un contrato entre la compañía de seguridad y yo, no entre la seguridad y Dr. Loera.

También entiendo que las pólizas de la seguridad varían de una a otra y que Dr. Loera y su personal no son responsables de saber todos los detalles de mi póliza.

Nosotros no tenemos control sobre el pago de los reclamos de la seguridad. Cualquier balance que quede sin pagar por la seguridad por 60 días después de que hicimos el trabajo deberá pagarlo por completo.

Entiendo que el personal de Dr. Loera está autorizado para mandar mis reclamos a la seguridad como cortesía hacia mí.

Nuestra oficina siempre mantiene buena calidad en el procedimiento de esterilización para su protección y seguridad así como también la de nuestro personal.

Nuestros servicios son solo por cita. Aunque hacemos todo lo posible por ser puntuales, habrá emergencias o circunstancias fuera de nuestro control que quizá atrasara nuestro plan de citas. Solo un dentista está presente para atender sus necesidades dentales, Apreciamos su paciencia.

Por favor avísele al personal de oficina si tiene alguna necesidad especial cuando llegue.

La persona que firme a leído y aceptado lo arriba mencionado y está de acuerdo de todos los términos y condiciones establecidas.

FIRME DE EL PACIENTE _____

(Si es menor de edad, firme el padre o tutor)

Fecha _____