



Formulario de admisión de paciente-Adulto

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)

Nombre:	Fecha: / /		
Dirección:	Correo electrónico:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Licencia de conducir:
Teléfono residencial: ()	Teléfono laboral: ()	Teléfono celular: ()	
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	No. de seguro social:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Empleador:	¿Cuánto tiempo lleva ahí?		
Nombre del cónyuge	No. del Seguro Social: Teléfono: ()		
Empleador del cónyuge:	¿Cuánto tiempo lleva ahí?		
¿A quién debemos agradecerle que nos hayan recomendado?			
Contacto principal para casos de emergencias:	Teléfono: ()	Relación:	
Designe a su pariente más cercano que no viva con usted:	Teléfono: ()	Relación:	

ANTECEDENTES DENTALES

¿Por qué vino a ver al dentista el día de hoy?	
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?	¿Cuán a menudo usa el hilo dental?
¿A veces le sangran las encías?	Tipo de cerdas de su cepillo dental: <input type="checkbox"/> Duras <input type="checkbox"/> Medianas <input type="checkbox"/> Suaves
Dentista anterior:	Fecha de la última visita: / /
¿Qué fue lo que más le gustó de un dentista?	
¿Qué fue lo que menos le gustó de un dentista?	
Le preocupa más: <input type="checkbox"/> Que las citas sean rápidas. <input type="checkbox"/> Que alguien se tome el tiempo de explicarle cada procedimiento.	
¿De qué manera, si hubiese alguna, le gustaría mejorar su sonrisa?	
¿Tiene disponibilidad con poca anticipación (en el caso de que tengamos una cancelación de último minuto)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del médico:
Última consulta:	Teléfono: ()
¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fuma tabaco sin humo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enumere todos los medicamentos que toma actualmente:	

¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Acrílico	<input type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Anestésicos locales
<input type="checkbox"/> Otro	Si su respuesta fue sí, explique:					
Enumere cualquier otra alergia:						

SI ES MUJER...

¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Toma anticonceptivos orales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Formulario de admisión de paciente-Adulto

¿TIENE O TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?

SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toma corticoides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento con facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes zóster	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de las células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas nasales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed en exceso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina bifida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inflamación de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fácil aparición de moretones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroideas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/ampollas febres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplos cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Problema/afección del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Alguna vez tuvo alguna enfermedad grave no incluida en la lista anterior? Sí No Si su respuesta fue sí, explique: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Seguro primario Compañía:

Dirección:

No. de Grupo:

Teléfono: ()

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Nombre del asegurado

No. del Seguro Social:

Empleador del asegurado:

Fecha de nacimiento: / /

Seguro secundario Compañía:

Dirección:

No. de Grupo:

Teléfono: ()

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Nombre del asegurado

No. del Seguro Social:

Empleador del asegurado:

Fecha de nacimiento: / /

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que es muy importante mantener las citas. Si no puedo asistir a una consulta, cualquiera sea el motivo, debo avisar con al menos 24 horas de anticipación. No dar aviso con una antelación de 24 horas para una cita a la que no podrá ir podría impedir que le den una cita por adelantado en el futuro.

Entiendo que mi seguro médico puede pagar menos que el monto real indicado para servicios prestados en mi nombre o en favor de un dependiente a mi cargo y que soy responsable de pagar la diferencia. Si no pago la totalidad de mi nuevo saldo dentro de 25 días de la fecha de facturación mensual, me cobrarán un recargo del 1,5 % por pago fuera de término, sobre el saldo impago y adeudado cada mes. Comprendo que, si no mantengo mi cuenta al día, Smile Dental Group of Conyers, PC podría no brindarme ningún otro servicio adicional. En el caso de no abonar el saldo de mi cuenta, acepto pagar costos de cobranza y costas judiciales razonables (habitualmente el 40 % del monto adeudado) en los que se haya incurrido al intentar cobrar el saldo correspondiente.

Certifico que leí y entiendo la información antes mencionada según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Le doy permiso a Smile Dental Group para la realización de tratamientos dentales a mí o a mi hijo(a), lo que incluye anestesia para la comodidad del paciente. Autorizo a Smile Dental Group a dejar mensajes en la contestadora de mi hogar o el buzón de voz de mi teléfono celular en relación con horarios de citas, tratamientos programados, incluyendo recordatorios previos a medicamentos e información de pago.

También autorizo a Smile Dental Group a usar o divulgar cualquier información médica de paciente (PHI, por sus siglas en inglés) para la realización de un tratamiento, para actividades de pago y operaciones del cuidado de la salud, según se describen de manera plena en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, a pedido, recibiré una copia del Aviso de políticas de privacidad, según lo indica la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.

Firma del paciente (o padre, si es un menor)

Fecha del día de hoy