Lakeview Dental Associates
Teléfono: (203) 633-7178 | Fax: (203) 528-4965
1681 Meriden Road, Wolcott CT 06716

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____
Nombre(s) Segundo nombre Apellido(s)

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

N.º de Seguro Social: _____ Estado civil: _____

Celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Médico de atención primaria: _____

Dirección / teléfono del médico: _____

Correo electrónico: _____

¿Cómo prefiere que confirmemos sus próximas citas? (Marque con un círculo una opción)
Mensaje de texto / Correo electrónico / Llamada telefónica

Autorizo la divulgación de información sobre mi facturación, estado de salud, tratamiento y pronóstico a las siguientes personas:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco/relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (si corresponde)

Seguro dental primario

Aseguradora: _____ N.º de afiliado: _____

Titular: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Empleador: _____

Seguro dental secundario

Aseguradora: _____ N.º de afiliado: _____

Titular: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Empleador: _____

* El seguro se considera un medio para reembolsar al paciente los honorarios pagados al doctor, no un sustituto del pago. Algunas compañías pagan cantidades fijas por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Usted es responsable de pagar cualquier deducible, coseguro u otro saldo no cubierto por su seguro.

Por la presente, cedo a Aurora Degollado DDS / Carlos Degollado DDS todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluidos los de gastos médicos mayores, seguros privados y otros planes de salud. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, los pague o no el seguro. Autorizo a los beneficiarios de esta cesión a divulgar toda la información necesaria para obtener el pago.

Firma: _____ Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio y que lo he leído y comprendido en su totalidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso y estas han sido respondidas satisfactoriamente.

Política de cancelación de citas: En Lakeview Dental nos comprometemos a brindar una atención dental excepcional. Reconocemos que pueden surgir emergencias imprevistas; sin embargo, solicitamos un aviso de al menos 24 horas si no puede asistir a su cita, para poder atender a otros pacientes. Si no cancela con la debida anticipación, se cobrará una tarifa de $50 por la cita perdida, de la cual usted será directamente responsable. Esta tarifa no puede facturarse al seguro y debe pagarse en su totalidad antes de programar otra cita. Su cooperación permite una programación eficiente y una atención óptima para todos nuestros pacientes.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____
(si el paciente es menor de 18 años)

Complete la página del reverso >>

Lakeview Dental Associates
Teléfono: (203) 633-7178 | Fax: (203) 528-4965
1681 Meriden Road, Wolcott CT 06716

INFORMACIÓN DE SALUD DENTAL - CONFIDENCIAL

Aunque los dentistas tratan principalmente la zona de la boca, es importante conocer todos los datos sobre su salud actual y pasada. Ciertos medicamentos y problemas de salud pueden tener una relación importante con el tratamiento que recibirá. La siguiente información es confidencial.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Motivo de la consulta: _____ Fecha de la última visita dental: _____

¿Ha recibido novocaína u otro anestésico local? _____

Si usa dentadura postiza, ¿cuántos años tiene la prótesis? _____

¿Toma aspirina o recibe algún tratamiento anticoagulante? _____

¿Recibe o ha recibido esteroides/cortisona en los últimos 2 años? _____

¿Recibe tratamiento con bisfosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel)? _____

¿Ha tenido una reacción adversa a la penicilina, aspirina, codeína, anestésicos locales, látex, metales o algún otro medicamento?
_____

Indique los medicamentos a los que es alérgico/a:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Indique todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Marque si tiene antecedentes de alguna de estas afecciones:

- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Prolapso de válvula mitral
- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Marcapasos / cirugía cardíaca
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Reemplazo de válvula cardíaca
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Enfermedad pulmonar
- ☐ Problemas respiratorios
- ☐ Tuberculosis (TB)
- ☐ Asma
- ☐ Alergias o urticaria
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad de transmisión sexual
- ☐ VIH positivo / SIDA
- ☐ Transfusión de sangre
- ☐ Sangrado excesivo
- ☐ Anemia
- ☐ Hepatitis (tipo: _____)
- ☐ Enfermedad del hígado
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Diálisis
- ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Epilepsia o convulsiones
- ☐ Desmayos o mareos
- ☐ Úlceras / problemas estomacales
- ☐ Artritis
- ☐ Trastornos de la sangre
- ☐ Problemas de los senos paranasales
- ☐ Cáncer
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Consumo de tabaco
- ☐ Drogadicción
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Tratamiento psiquiátrico
- ☐ Llagas / crecimientos en la boca
- ☐ Rechinar / apretar los dientes
- ☐ Dolor en la mandíbula
- ☐ Cualquier tipo de implante
- ☐ Cualquier tipo de trasplante
- ☐ Prótesis de cadera/rodilla/otra articulación
- ☐ Trastornos musculares

Otra enfermedad o afección: _____

Mujeres: ¿Podría estar embarazada? _____ Fecha probable de parto: ____ / ____ / _____

¿Está amamantando? _____ ¿Toma píldoras anticonceptivas? _____

Nota: Los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la eficacia de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo sobre métodos anticonceptivos adicionales.

Certifico que he leído y comprendido las preguntas anteriores y que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

_____ _____
Firma del paciente/tutor Fecha Firma del doctor Fecha

Si firma el tutor, parentesco: _____ Revisado: _____ Iniciales: _____

Revisión en visitas de control:

1) Firma del paciente: _____ Firma del Dr.: _____ Fecha: _____
2) Firma del paciente: _____ Firma del Dr.: _____ Fecha: _____
3) Firma del paciente: _____ Firma del Dr.: _____ Fecha: _____