

REGISTRACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre de Preferencia: _____

Información del Paciente:

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Ext: _____ Mobil: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Marital: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seg. Soc: _____ #Lic. de

Conducir: _____

Correo Electrónico: _____ Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico

Estado de Empleo: A Tiempo Completo A Tiempo Parcial Retirado Desempleado Deshabilitado

Estado de Estudiante: A Tiempo Completo A Tiempo Parcial

Dentista de Preferencia: _____ Dentista Anterior: _____

Farmacia de Preferencia: _____ Ultima Visita Dental: _____

Telefónico de la Farmacia (si lo sabe): _____

Contacto de Emergencia: _____ # Telefónico del Contacto de Emergencia: _____

Individuo Responsable (si no es el mismo que el paciente):

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Ext: _____ Mobil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seg. Soc: _____ #Lic. de Conducir: _____

El Individuo Responsable es la Persona Primaria de la Póliza de Seguro

El Individuo Responsable es la Persona Secundaria de la Póliza de Seguro

Información del Seguro Primario:

Nombre de la Persona Asegurada: _____

Relación con la Persona Asegurada: Mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro

#Seg. Soc. de la Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada: _____

Lugar de Empleo: _____

Dirección del Lugar de Empleo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Compañía de Seguro: _____

Dirección de Compañía de Seguro: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información del Seguro Secundario:

Nombre de la Persona Asegurada: _____

Relación con la Persona Asegurada: Mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro

#Seg. Soc. de la Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada: _____

Lugar de Empleo: _____Dirección del Lugar de Empleo:
_____Ciudad, Estado, Código Postal:
_____**Compañía de Seguro:** _____Dirección de Compañía de Seguro:
_____Ciudad, Estado, Código Postal:
_____**POLITICA FINANCIERA**

Nos place enviar su cuenta a su seguro como cortesía. Sin embargo el paciente que reciba servicios (o el tutor legal) es responsable del costo incurrido. Requerimos que usted pague la “porción del paciente” al momento de servicio, que puede incluir deducibles, co-pago, y/o un porcentaje de cada procedimiento. Si su seguro no ha pagado el costo total en dos meses después del tratamiento, usted es responsable de pagar el balance, y su compañía de seguro le reembolsara a usted. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, VISA, y Master Card. También ofrecemos financiamiento a través de Care Credit y Springleaf Financial.

Por favor inicie: _____**POLITICA DE CANCELACION**

Si usted viene tarde por favor llame a la oficina. Puede que le veamos cuando llegue, o puede que tengamos que mover la cita para ser justos con los pacientes que llegan a tiempo.

Si usted necesita cancelar o mover una cita, por favor llame con por lo menos 24 de anticipación. Esto nos da la oportunidad de ayudar a otros pacientes durante el tiempo que teníamos reservado para usted. Tiempo de citas desperdiciado conduce a que el costo del cuidado dental sea más alto para todo el mundo. Por lo tanto, para controlar el costo dental para nuestros pacientes debemos cobrar una cuota de cancelación no-reembolsable de \$25-\$50 que su seguro no va a cubrir. El cancelar sin aviso tres veces pudiera resultar en que sea destituido de la práctica.

Por favor inicie: _____**RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD*****usted puede rehusarse a firmar este reconocimiento***

Yo reconozco que he recibido una copia de la Notificación de las Practicas de Privacidad de esta oficina. Entiendo que, al firmar, autorizo a miembros de Port City Dental Center y a sus empleados a divulgar información de mi tratamiento dental pasado y futuro a mi compañía de seguro y otros profesionales dentales y médicos como sea necesario para que pueda yo recibir el cuidado dental más comprensivo posible. También autorizo a Port City Dental Center a dejar mensajes en relación a mi cita y su propósito en el contestador automático, buzón de voz o con personas que contesten el teléfono en números que yo proveí para contactarme. Entiendo que se me dará a firmar un documento para dar permiso a Port City Dental Center a divulgar información con cualquier otra entidad aparte de las mencionadas anteriormente.

Por favor inicie: _____

Yo verifico que he leído, entendido, y que estoy de acuerdo con las políticas explicadas anteriormente.

FIRMA _____

FECHA _____

Office Use Only (Para Uso de la Oficina Solamente): Unable to obtain due to:

Refusal Communication Barrier Emergency Situation Other _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental primordialmente trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que este tomando, pudieran tener una interrelación importante con los tratamientos dentales que va a recibir. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Esta usted recibiendo cuidado médico ahora? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Alguna vez le han hospitalizado o le han hecho alguna cirugía? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Alguna vez se ha lastimado seriamente la cabeza o el cuello? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Esta usted en una dieta especial? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Usted toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Alguna vez a tomado Zometa, Aredia o alguna otra droga con Bifosfonatos? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Usa usted alguna substancia controlada? Si No

Si marco si, por favor explique. Incluya tipo y frecuencia: _____

Usted toma alcohol? Si No

Si marco si, aproximadamente cuanto a la semana? _____

Usted usa tabaco de cualquier tipo? Si No

Si marco si, por favor explique. Incluya tipo y frecuencia: _____

Mujeres:

Embarazada/tratando de quedar embarazada? Si No

Tomando contraceptivos orales? Si No

Lactando? Si No

Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

Sulfa Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos Locales Aspirina

Otro Si marco alguno, por favor explique: _____

Por favor circule todos los que apliquen ahora o en el pasado:

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| SIDA/HIV | Diabetes | Hemofilia | Diálisis Renal |
| Enfermedad Anemia Falciforme | Adicción a Drogas | Hepatitis A | Fiebre Reumática |
| Anafilaxis | Enfisema | Hepatitis B o C | Fiebre Escarlata |
| Anemia | Epilepsia o Convulsiones | Herpes (oral/genital) | Culebrilla |
| Angina | Sangrado Excesivo | Hipertensión | Enfermedad de Alzheimer |
| Enfermedad Estómago/Intestinal | Sed Excesiva | Urticaria y Sarpullido | Problemas Nasales |
| Válvula Artificial del Corazón | Desmayos/ Mareos | Hipoglucemia | Artritis/Gota |
| Articulación Artificial | Tos Frecuente | Latidos Irregulares | Derrame Cerebral |
| Asma | Dolores de Cabeza Frecuentes | Problemas del Riñón | Hinchazón de Extremidades |
| Enfermedad de la Sangre | Glaucoma | Leucemia | Enfermedad de la Tiroides |
| Transfusión de la Sangre | Alergia al Polen | Enfermedad del Hígado | Tonsilitis |
| Problemas Respiratorios | Ataque al Corazón | Hipotensión | Tuberculosis |
| Cardenales con Facilidad | Desorden del Corazón (congénito) | Enfermedad de lo Pulmones | Tumor o Crecimiento |
| Cáncer | Fallo del Corazón | Prolapso de Válvula Mitral | Úlceras |
| Quimioterapia | Soplo del Corazón | Dolor Articulación de Quijada | Enfermedades Venéreas |
| Dolores de Pecho | Marcapaso del Corazón | Cuidad Psiquiátrico | Pérdida de Peso Inexplicable |
| Ampollas de Fiebre/Labios | Problemas del Corazón | Tratamiento de Radiación | Ictericia amarilla |

HISTORIAL MEDICO (PAGINA 2)

Alguna vez ha tenido una enfermedad seria no mencionada en la página anterior? Si No
Si marco si, por favor explique:

Esta tomando algún medicamento? Si No
Si marco si, por favor liste y de la razón por la que toma cada uno. Por favor incluya vitaminas y remedios naturales.

Preguntas, comentarios, o cualquier otra cosa que le gustaría que sepamos de usted:

En me mejor entendimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas de manera precisa. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado mó dico.

FIRMA DEL PACIENTE Y/O TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS):

X _____

FECHA: _____

HISTORIAL DENTAL

Cómo escucho de nuestra oficina? _____

Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Alguna vez ha tenido una experiencia dental negativa? _____

Si dijo si, por favor explique, para que podamos mejorar su experiencia con nosotros:

Cuándo fue su ultima visita dental? _____

Cuán frecuentemente se cepilla los dientes? _____

Cuán frecuentemente usa hilo dental? _____

Utiliza un cepillo dental eléctrico/mecánico? _____

Por favor circule cualquiera de los siguientes que le aplique a usted:

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Dientes Sensitivos | Sangrado en las Encías | Dificultad al Abrir |
| Dientes Flojos | Aprieta/Rechina los Dientes | Dolor o Sonido en la Quijada |
| Dentaduras Postizas/Parciales | Dolor o Entumecimiento | Ulceras en la Boca |
| Dientes Descolorado | Dientes Encimados | Frenos/Ortodoncia |

EVALUACION DE SU SONRISA

Le gusta el color de sus dientes? _____

Le gusta el tamaño y forma de sus dientes? _____

Le gusta la posición de sus dientes? _____

Esta contento con la apariencia de su sonrisa en general? _____

Alguna vez a recibido trabajo dental cosmético? _____

Si contesto no en cualquiera de las preguntas anteriores por favor explique:



Tele: 910.399.1127 www.portcitysmiles.com Fax: 910.399.3479
4622 Oleander Drive, Wilmington, NC 28403

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PERSONAL

Yo, _____, autorizo a

(Nombre de la facilidad divulgando expediente)

A divulgar copias de mi expediente dental con respecto a cualquier cuidado dental a,

Port City Dental Center

4622 Oleander Dr.

Wilmington, NC 28403

910-399-1127

Entiendo que el tipo de información en específico que será transferida incluirá un reporte detallado de exámenes, descubrimientos, tratamientos, pronósticos, y copias de cualquier otro documento, incluyendo radiografías que son pertinentes a mi.

Por la presente libero a _____ de toda

(Nombre de la facilidad divulgando expediente)

responsabilidad legal u obligación que surja de la divulgación de dicha información. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto si se ha tomado acción que dependa del documento y que en cualquier caso este documento expira noventa (90) días después de la fecha a continuación.

La reproducción de esta autorización es tan valida como la original.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del Paciente: _____

(Paciente/Tutor Legal)

Please e-mail, if possible, records to us. Our e-mail address is portcitydentalcenter@gmail.com You can also fax records to 910.399.3479 or mail records to the address above. Thanks