

# Cuestionario

## ¡Bienvenido a nuestra oficina!

Creemos que usted estará satisfecho con el cuidado que le brindaremos. Para empezar su tratamiento, la siguiente información es necesaria. Por favor, complete totalmente y escriba con letra de molde claramente. Toda información se mantendrá confidencialmente. Muchas gracias por unirse a nuestra familia de pacientes.

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

### Información de Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fec-Nac \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Tel Hogar \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Empleador del Paciente \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Persona a Quien Notificar en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Pariente O Amigo Que No Vive Con Ud. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Metodo preferido de contacto (Marque todas las que apliquen) :  Tel Celular  Tel Hogar  Tel Trabajo  Texto  Correo Electronico

¿Como Se Entero De Esta Oficina?  Amigos / Familia  Páginas Amarillas ( AT&T  Valley)  TV  Cartelera  De Pasada  Pagina Web  Facebook/Google/Yelp  Otro \_\_\_\_\_

¿Por Que Esta Usted Aquí Hoy?  Examen General  Dolor De Muelas  Frenos  Mejorar Sonrisa  Otro \_\_\_\_\_

Doy permiso a CDK Smileland para contactarme can anuncios, encuestas y otro mensajes. \_\_\_\_\_ (int.) Usted puede optar fuera de estas comunicaciones en cualuier momento.

Utilizamos esta información para proporcionarle un tratamiento excelente. Podríamos revelar información de salud del paciente (ISP) a terceras personas que realizan servicios para CDK Smileland en la administración de sus beneficios de acuerdo con HIPAA. Estas partes están obligadas por ley a firmar un contrato de acuerdo a proteger la confidencialidad de su ISP. Su ISP puede ser revelada a un afiliado que realiza servicios para CDK Smileland en la administración de sus beneficios. Nuestros afiliados no venden, comparten o alquilan la información personal identificable de nuestros pacientes a menos que sea requerido por la ley, no envían ningún correo electrónico u otra comunicación sin el permiso del paciente.

### Información de la Parte Responsable

Tenga en cuenta que sólo el padre/tutor legal puede firmar y dar su consentimiento para el tratamiento dental para un paciente menor. Una forma de identificación, y si es necesario, la documentación legal debe ser presentada antes de que cualquier tratamiento dental sea realizado al paciente.

Estado civil del Padre:  soltero  casado  divorciado  viudo  otro \_\_\_\_\_ Tel Hogar \_\_\_\_\_ Tel Trabajo \_\_\_\_\_

Si está divorciado/separado, ¿quién es el padre que tiene la custodia? \_\_\_\_\_ Direccion Postal \_\_\_\_\_  
 (por favor proporcione la documentación legal) Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fec de Nac \_\_\_\_\_ Reside el paciente con el padre  Si  No

Relacion al paciente  Padre  Padrasto  Guardian  Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguien que no sea un padre biológico tiene custodia legal?  Si  No Tel Hogar \_\_\_\_\_ Tel Trabajo \_\_\_\_\_

¿Si sí, quién es el tutor legal? (por favor proporcione la documentación legal) Direccion Postal \_\_\_\_\_

Madre  Padre  Madrasta  Padrasto  Guardian  Otror \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fec de Nac \_\_\_\_\_ Reside el paciente con el padre  Si  No

Seguro Dental  Si  No Seguro Dental Secundario  Si  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Reside el paciente con el padre  Si  No Reside el paciente con el padre  Si  No

Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Fec-Nac \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fec-Nac \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Num Te \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Num Te \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Nombre del seguro \_\_\_\_\_

### Información de Paciente

Por lo presente certifico que yo, el abajo firmado, doy permiso para llevar a cabo cualquier servicio dental y/o procedimiento quirúrgico que sea necesario o aconsejado y también para el uso de anestesia local o general que el dentista aconseje que sea necesario. también se me han explicado las consecuencias si no se llevan a cabo estos tratamientos o si solamente se usan tratamientos parciales. Por lo presente autorizo a mi dentista a dar cualquier o toda la información (incluyendo información dental) al agente de aseguranza arriba mencionado para usarse en la administración de reclamos y evaluación, para usarse en la reexaminación y en la verificación financiera. Esta autorización queda valida y efectiva desde la fecha en que se firme hasta que se anule por escrito.

Por lo presente autorizo a mi agente de aseguranza a pagar todo, yo soy responsable por el balance que queda. Comprendo que algunos de los servicios dentales que yo reciba pueden requerir un pago adicional por mi. La cantidad del pago adicional será diferente de acuerdo a los términos del plan de aseguranza que yo tenga y al procedimiento que se haya utilizado. Si mi plan de aseguranza dental tiene un deducible anual, comprendo que se tiene que pagar antes de empezar el tratamiento. También comprendo que es necesario pagar el pago adicional por completo cuando se empieza el tratamiento. Un cargo financiero de 1.5% por mes (18% pr ano) se añadirá al balance principal en todas las cuentas que no se hayan pagado dentro de 30 días empezando en la fecha en que se rindan los servicios.

También comprendo que se me cobrara citas que haya faltado y que no haya cancelado con 24 horas de anticipación.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------

Estas preguntas se hacen para su beneficio y para asegurarle que el tratamiento tomara en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas le parecerán que no tienen nada que ver con su interés dental, pero todos se refieren al cuidado apropiado de la salud oral. Por favor, conteste cada pregunta y marque SI o NO cuando sea necesario.

**Historial Medico** (Si el paciente es menor de edad, el padre/guardián debe responder a las siguientes preguntas relacionadas con la salud del paciente.) Sí No

1. ¿Goza usted de buena salud? .....
2. ¿Esta usted bajo tratamiento medico? .....    
 Si esta, ¿por cual medico? \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del doctor/teléfono/domicilio? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave o alguno cirugía? .....    
 Si ha tenido, ¿explica? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado .....    
 Si ha estado, ¿cuál fue el problema? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
5. ¿Ha estado tomando alguna medicina? O alguna droga recreacional (Extasis, cocaína, etc) .....    
 Si esta tomando, cuales? \_\_\_\_\_ ¿Que dosis? \_\_\_\_\_
6. ¿Es usted sensitivo o alérgico a alguna droga?  Penicilina  Tetracilina  Sulfas  Aspirina  Codeína .....    
 ¿Otras, cuales? \_\_\_\_\_
7. ¿Sufre usted o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?
 

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de coyuntura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias o Ronchas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padecimientos o Ataques al corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los senos frontales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamento de cortisona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorragias Excesivas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos o convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adición a drogas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tb.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a Látex	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia (Cáncer, Leucemia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en las coyunturas de la quijada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas (Sífilis, Gonorrea)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras en los labios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de Nervios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Pulmonares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis Artificial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se le hacen moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Tiroidea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones a la cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones Congéniales al Corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embolia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca (Reemplazo de Válvulas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis en Acoyuntares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia
8. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no aparece en la lista y que usted cree que nosotros debemos saber? .....    
 Si es así, que? \_\_\_\_\_
9. ¿Fuma usted? Si fuma, cuantos cigarrillos al día? .....   10. (Mujeres) ¿Hay alguna posibilidad de que usted este embarazada? .....
11. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema asociado con su periodo menstrual? .....   12. (Mujeres) ¿Usa usted píldoras anticonceptivas? .....

**Historia Dental**

1. ¿Ha atendido a alguna de nuestras oficinas anteriormente? .....    
 Smileland (Ming)  Smileland (Bernard)  Smileland (Delano)  Smileland (Tulare)  Smileland (Visalia)  
 Smileworld  Comfort Dental Orthodontics(Ming)
2. ¿Ha tenido usted alguna vez anestesia local? (Novacaina, etc) .....
3. ¿Ha tenido usted alguna vez reacción desfavorable con anestesia local? .....
4. ¿Ha tenido usted problemas graves asociados con algún tratamiento dental anterior? .....    
 Si ha tenido, explique : \_\_\_\_\_
5. ¿Cuánto tiempo hace de su última radiografía de la boca? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuanto tiempo hace de su ultimo tratamiento dental? \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene usted hoy en día algún problema como resultado de un accidente?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
8. ¿Se pone nervioso/a a los tratamientos dentales?  No  Un Poco  Moderadamente  Extramadamente

*A lo mejor de mi entendimiento, todas las respuestas que ha dado son verdaderas y correctas. Si alguna vez experimentare algún cambio en Mi salud o en Mis medicinas, yo, sin faltar, notificare al doctor en mi próxima cita.*

Firma del padre / Paciente / Guardian : _____	Fecha : _____	Firma de DDS : _____	Fecha : _____
Firma del padre / Paciente / Guardian : _____	Fecha : _____	Firma de DDS : _____	Fecha : _____
Firma del padre / Paciente / Guardian : _____	Fecha : _____	Firma de DDS : _____	Fecha : _____
Firma del padre / Paciente / Guardian : _____	Fecha : _____	Firma de DDS : _____	Fecha : _____
Firma del padre / Paciente / Guardian : _____	Fecha : _____	Firma de DDS : _____	Fecha : _____

DDS NOTES