



**Por favor escriba claramente.**

La **Persona Responsable** es la persona responsable por el paciente (por ejemplo, si el paciente es menor de edad o no puede tomar sus propias decisiones médicas).

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre  Inicial del 2° nombre

Apellido

Usted es:  Menor de edad  Persona Responsable

¿Tiene seguro dental?  Si  No

Dirección

Ciudad  Estado  Código Postal

Teléfono Domiciliario  Celular

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  
 Viudo  Separado

Fecha de Nacimiento  # Seguro Social

Email

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Marque todo lo que corresponda.  email  texto  teléfono

### PERSONA RESPONSABLE

Nombre  Inicial del 2° nombre

Apellido

Sexo:  Masculino  Femenino  
Fecha de Nacimiento

Teléfono Domiciliario  Celular

El Paciente es su:  Pareja  Hijo  Otro:

### CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS

Paciente  Redes sociales  Seguro  Otro

¿A quién podemos agradecer su recomendación?

### FAMILIA

Escriba el nombre(s) y la relación de su familia y/o pareja a continuación (nos ayuda a saber que pacientes son parientes).

Nombre Completo / Relación

- 
- 
- 
- 

### FARMACIA PREFERIDA

Nombre de la Farmacia (por ejemplo, CVS)

Dirección **EXACTA** de la Farmacia

Número de Teléfono de la Farmacia

Ciudad  Estado  Código Postal

 Firma del Paciente y/o Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

En caso afirmativo, proporcione información adicional en cada campo:

¿Tiene un médico primario? Escriba su nombre y datos de contacto.  Si  No

¿Está siendo tratado actualmente por una condición específica?  Si  No

¿Ha sido hospitalizado o tenido alguna enfermedad grave o operación importante?  Si  No

¿Está tomando algún medicamento, píldora, droga o sustancia controlada?  Si  No

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?  Si  No

¿Ha tomado alguna vez algún medicamento que contenga bisfosfonatos (como Fosamax, Boniva, Actonel, Zometa, Didronel, Aredia, Skelid, Reclast)?  Si  No

¿Tiene o ha tenido alguna lesión en la cabeza, el cuello o la mandíbula?  Si  No

Estás:  ¿Embarazada?  ¿Tratando de quedar embarazada?  Lactando?  ¿Tomando anticonceptivos orales? Fecha de parto:

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

- |   |                                       |  |                                       |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acrílico                             | <input type="checkbox"/> Codeína      | <input type="checkbox"/> Yodo                | <input type="checkbox"/> Metal        |
| <input type="checkbox"/> Aspirina                             | <input type="checkbox"/> Epinefrina   | <input type="checkbox"/> Látex               | <input type="checkbox"/> Penicilina   |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir) | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales | <input type="checkbox"/> Drogas sulfá |

¿Otras alergias?  Si  No

En caso afirmativo, díganos a qué es alérgico:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH Positivo         | <input type="checkbox"/> Dolores en el Pecho             | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C                 | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                  |
| <input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol         | <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita           | <input type="checkbox"/> Herpes                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca Reumática     |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Presión Alta                    | <input type="checkbox"/> Reumatismo                        |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                  | <input type="checkbox"/> Usa Cortisona                   | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                 | <input type="checkbox"/> Escarlatina                       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Urticaria o Erupción de la Piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual  |
| <input type="checkbox"/> Angina de Pecho             | <input type="checkbox"/> Adición de Drogas               | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                    | <input type="checkbox"/> Culebrilla (Herpes Zoster)        |
| <input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia          | <input type="checkbox"/> Boca Seca                       | <input type="checkbox"/> Arritmia                        | <input type="checkbox"/> Anemia Cíclica (Sickle-Cell)      |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota             | <input type="checkbox"/> Fácilmente sin Aliento          | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la Articulación    | <input type="checkbox"/> Sinositis                         |
| <input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial | <input type="checkbox"/> Enfisema                        | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón              | <input type="checkbox"/> Espina Bifida                     |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial     | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Leucemia                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal / Intestinal |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado           | <input type="checkbox"/> Infarto Cerebral (Stroke)         |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis            | <input type="checkbox"/> Desmayos / Mareos               | <input type="checkbox"/> Presión Baja                    | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las Extremidades     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune       | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes    | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre     | <input type="checkbox"/> Reflejo Nauseoso                | <input type="checkbox"/> Lupus                           | <input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos            |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre       | <input type="checkbox"/> Glaucoma                        | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental       | <input type="checkbox"/> Úlceras                           |
| <input type="checkbox"/> Sangra Fácilmente           | <input type="checkbox"/> Ataque / Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral   | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Inusual           |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios     | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco                  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                    | <input type="checkbox"/> Utiliza Bisfosfonatos             |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                  | <input type="checkbox"/> Marcapasos Cardíaco             | <input type="checkbox"/> Dolor en la Mandíbula           | <input type="checkbox"/> Usa Anticoagulantes               |
| <input type="checkbox"/> Moretones Frecuentes        | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón           | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea         | <input type="checkbox"/> Utiliza Metotrexato               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Hemofilia                       | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación       | <input type="checkbox"/> Ictericia Amarilla                |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia               | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                     | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal                  |  |

¿Tiene o ha tenido alguna afección no mencionada en esta lista?  Si  No

¿Hay algo de lo que le gustaría informarnos?  Si  No

Si respondió afirmativamente a las dos preguntas anteriores, proporcione detalles adicionales aquí. O, si tiene más comentarios, escríbalos aquí:

## HISTORIA DENTAL

En la siguiente lista, marque todo lo que corresponda.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masticar Tabaco                    | <input type="checkbox"/> Úlceras en la Boca        | <input type="checkbox"/> Fuma Tabaco                    |
| <input type="checkbox"/> Herpes Labial (Ampollas de Fiebre) | <input type="checkbox"/> Periodontitis             | <input type="checkbox"/> Llagas en los Labios o la Boca |
| <input type="checkbox"/> Aprieta los Dientes                | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al Frío      | <input type="checkbox"/> Olor Desagradable en la Boca   |
| <input type="checkbox"/> Encías Sangran                     | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al Calor     | <input type="checkbox"/> Sabor Desagradable en la Boca  |
| <input type="checkbox"/> Tiene Implantes                    | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los Dulces | <input type="checkbox"/> Usa Dentaduras                 |
|   | <input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos          | <input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillo Electrónico    |

¿Nos visita por un motivo específico (por ejemplo, dolor en un molar)?  Si  No

¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista?  Si  No

## CORONAVIRUS

¿Tiene o ha tenido recientemente (en las últimas 24 a 72 horas) fiebre, temblores, tos, dificultad para respirar, secreción nasal o otros síntomas similares a los de la gripe? ¿Alguien en su hogar tiene o ha tenido los síntomas anteriores?  Si  No

¿Usted o alguien en su hogar ha dado positivo por Covid-19 en las últimas 2-4 semanas?  Si  No Fecha del resultado positivo:

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:  Relación al paciente:  Teléfono:

Según entiendo, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Nombre del Paciente y/o Persona Responsable:

Firma del Paciente y/o Persona Responsable:  Fecha:

## HIPAA – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmando que se me ha proveído con la “Nota De Practicas De Privacidad” de SANDY DENTAL, INC., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.

Nombre Del Paciente (nombre en letra de molde por favor): \_\_\_\_\_

 **Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(o representante legal; prueba puede ser requerida)

Rev.09/19

## CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

**Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. SANDY DENTAL, INC., (SD) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. SD usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, SD no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre SDC y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

## RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Mi Correo Electrónico Consentido Es\*: \_\_\_\_\_

Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es\*: \_\_\_\_\_

 **Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano. **No use esta forma de comunicación para este propósito.**

Rev.09/19

## POLÍTICA DE CERO TOLERANCIA

Sandy Dental, Inc. tiene una política de cero tolerancia. Se documentará cualquier paciente que cometa un acto de violencia contra cualquier miembro del personal u otro paciente, o se comporte de tal manera que dichas personas teman por su seguridad. Cualquier incidente de este tipo se informará a la policía de inmediato y se dará por terminado el tratamiento elegido por el paciente.

**Estándares de comportamiento esperados:** Las prácticas de Sandy Dental, Inc. tienen el deber de proporcionar un entorno seguro para el personal, los pacientes y los visitantes. No se tolerará el comportamiento violento o abusivo y se tomarán medidas decisivas para proteger al personal y a los pacientes.

Los siguientes son ejemplos de comportamiento inaceptable en nuestra práctica:

- Robo
- Amenazas o comportamiento amenazador
- Violencia
- Ruido excesivo (por ejemplo, conversación, gritos o uso del teléfono intrusivamente)
- Lenguaje amenazante o abusivo que implica malas palabras u comentarios ofensivos
- Comentarios raciales o sexuales despectivos
- Alegaciones maliciosas relacionadas con miembros del personal, otros pacientes o visitantes
- Consumir alcohol o drogas en las instalaciones de la práctica
- Tráfico de drogas en las instalaciones de la práctica
- Daño intencional a la propiedad de la práctica

## PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir a Sandy Dental. Nuestra misión principal es brindar la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de nuestra misión es hacer que el costo de la atención óptima sea lo más fácil y manejable posible para nuestros pacientes al ofrecer varias opciones de pago.

**Opciones de pago que puede elegir:** Cash, Money Order, Visa, MasterCard, Amex, Discovery y Care Credit Healthcare Financing Company.

- Los cheques devueltos incurrir en un cargo de \$ 25.00

**Financiamiento con Care Credit:** Care Credit es un plan de financiamiento que le permite pagar a largo plazo sin intereses. Proporcionan pagos mensuales bajos y convenientes sin tarifas anuales o penalidades de prepago\*. Financiar su tratamiento a través de Care Credit le permite comenzar a mejorar su salud dental de inmediato. Visite su sitio web, [www.CareCredit.com](http://www.CareCredit.com) para obtener más información, verificar su elegibilidad y solicitar financiamiento.

\*Los intereses, pagos y multas están sujetos a cambios a discreción de Care Credit y según las promociones disponibles. Es su responsabilidad revisar cuidadosamente los términos y condiciones de cualquier plan de financiamiento.

**Pagos:** Sandy Dental, Inc. requiere pago de su tratamiento al momento de realizarse. Si decide discontinuar el tratamiento antes de haberse completado, su reembolso se determinará después de haber revaluado su caso. Para los pacientes con seguro dental, nos complace trabajar con su proveedor para maximizar sus beneficios. Lo ayudaremos a procesar su reclamo de seguro para obtener un reembolso siempre que tengamos su solicitud de información completa. El reembolso de la compañía de seguros vendrá directamente del seguro. Todos los cargos son su responsabilidad si su(s) compañía(s) de seguros no paga. Tenga en cuenta que no todos los beneficios están cubiertos en su(s) contrato(s), algunas compañías de seguros seleccionan ciertos beneficios que no están cubiertos. Muchas pólizas de seguro tienen copagos por servicios junto con un deducible. Estos se deben cancelar en el momento que se realice su tratamiento. Si su seguro no paga su saldo en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a su tratamiento, le pedimos su cooperación para comunicarse con el seguro para agilizar sus pagos.

**Citas canceladas:** Si no puede asistir a su cita, avise con 24 horas de anticipación para que nuestros otros pacientes puedan hacer uso del tiempo disponible.

- Se aplicará un cargo de \$25.00 a los pacientes que falten o cancelen más de 1 cita sin previo aviso de 24 horas.

**Solicitud de registro del paciente:** Si desea solicitar sus registros dentales, informe al gerente de la oficina y complete un formulario de Solicitud de registro del paciente. Los registros se proporcionarán al paciente en un plazo de 7 a 14 días hábiles.

- El costo de los registros es \$15.00

Reconozco que he leído y entendido completamente la Política de Cero Tolerancia y la Póliza Financiera de Sandy Dental, Inc. y consiento las condiciones aquí contenidas.

Nombre Del Paciente (nombre en letra de molde por favor): \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

(o representante legal; prueba puede ser requerida)