

Historia clínica Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No Si sí, explica por favor: \_\_\_\_\_

¿Ha sido internado usted o ha tenido una operación mayor?  Sí  No Si sí, explica por favor: \_\_\_\_\_

¿Jamás ha tenido usted una herida grave de cabeza o cuello?  Sí  No Si sí, explica por favor: \_\_\_\_\_

¿Toma cualquier medicina, píldoras o drogas?  Sí  No Si sí, explica por favor: \_\_\_\_\_

¿Toma, o ha tomado usted Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Está en una dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Utiliza tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Utiliza sustancias controladas?  Sí  No \_\_\_\_\_

La mujer: ¿Esta Usted?

¿Embarazada/tratar de quedarse embarazada?  Sí  No ¿Toma anticonceptivos orales?  Sí  No

¿La enfermería?  Sí  No

¿Es alérgico a cualquiera del siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestésicos locales

Otro Si sí, explica por favor: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido usted cualquiera del siguiente?

Positivo del sida/Vih <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Medicina de cortisona <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anafilaxia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Aadicion a las drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fácilmente sin aliento <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/gota <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula artificial de Corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sangrar excesivo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Coyuntura artificial <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sed excesiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desvanecimiento/Mareo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de sangre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos Frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problema de Respiracion <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza Frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Magulle Fácilmente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes genital <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre de heno <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolores de pecho <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Infarto/Ataque de corazon <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
La Herpes labial/ampollas de fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo en el corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Desorden congénito de Corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fabricante de Ritmo de corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Hemofilia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hepatitis A <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hepatitis B o C <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Herpes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Escarlatina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alta pression <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tablillas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Colmenas o Erupcion <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de Célula de hoz <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hipoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de sinusitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Latido del corazón irregular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Spina Bífida <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas de riñón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad estómago/intestinal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Leucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Infracto de Corazon <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Afección hepática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	La hinchazón de Miembros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bajo pression <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad pulmonar <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Prolapso Válvula mitral de Corazon <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor en Coyunturas de Mandíbula <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumores o Crecimientos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Parathyroid <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ulceras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuidado psiquiátrico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tratamientos de radiación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ictericia amarilla <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Pérdida de peso reciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

¿Jamás ha tenido usted ninguna enfermedad grave no listó arriba?  Sí  No Si sí, explica por favor: \_\_\_\_\_

A lo mejor de mi canocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que al proporcion la información inexacta puede ser peligroso a mi salud ala del paciente. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en el estatus médico.

Firma del Paciente, Padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PATIENT REGISTRATION**

ID: \_\_\_\_\_ Chart ID: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Patient Is:  Policy Holder Preferred Name: \_\_\_\_\_

Responsible Party

Responsible Party (if someone other than the patient)

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

Responsible Party is also a Policy Holder for Patient  Primary Insurance Policy Holder  Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State / Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Marital Status:  Married  Single  Divorced  Separated  Widowed

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Section 3

Employment Status:  Full Time  Part Time  Retired

Additional Comments:

Student Status:  Full Time  Part Time

Medicaid ID: \_\_\_\_\_ Pref. Dentist: \_\_\_\_\_

Employer ID: \_\_\_\_\_ Pref. Pharmacy: \_\_\_\_\_

Carrier ID: \_\_\_\_\_ Pref. Hyg.: \_\_\_\_\_

Primary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City,State,Zip: \_\_\_\_\_ City,State,Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_ .00 Rem. Deduct: \_\_\_\_\_ .00

Secondary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City,State,Zip: \_\_\_\_\_ City,State,Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_ .00 Rem. Deduct: \_\_\_\_\_ .00



## Información de Factura

Queríamos hacer nuestro facturar y proceso de pago fáciles de comprender. El MHC que factura el departamento está aquí para ayudarle con cualquier preguntas que usted tiene con respecto a declaraciones, el pago planea o pagos de seguro. Puede contactar a MHC que factura la oficina lunes-viernes de 8:00am a 4:00pm en 520-818-3616. Gracias por escoger Centro Médico de Marana para sus servicios dentales.

### Nuestra relación con su portador de seguro

Como una cortesía a usted, nosotros archivamos nuestra primaria y reclamos al seguro secundarios. Últimamente, es responsable de todas las cargas.

### Co-Pagos

Co-pagos son requeridos al momento de servicio y deben ser pagados en cada visita de la oficina. Los servicios pueden ser demorados o pueden ser reprogramados, si pago no es recibido.

### Las colecciones

Si el pago en una cuenta no ha sido recibido en más de 90 días, la cuenta será enviada a colecciones. Las agencias de la colección agregarán honorarios adicionales y pueden reportear su historia de pago a una agencia de la cobertura del crédito (Transworld, Equifax, etc.)

### Los Cheques regresados

Regresaron cheques serán cargados honorarios basados en Federal, el Estado y las Leyes Locales. Los pagos en un cheque regresado deben ser asentados con dinero efectivo, el giro postal o los cheques bancarios. Los cheques regresados son susceptibles a nuestra política de la colección.

### Las citas

Si usted no puede mantener su cita planificada, notifica por favor nuestra oficina por lo menos 48 horas en el avance. Las horas Dentales del Departamento de operación son 7:30am a 5:00pm. Usted nos puede alcanzar en 520-616-6200.

### Pacientes de AHCCCS

Pacientes inicializando, comprendo que tengo AHCCCS y comprendo que si el procedimiento no es cubierto por AHCCCS yo estaré completamente y únicamente responsable de la cuenta total.

Asigno todos beneficios dentales y/o quirúrgicos médicos inclusive beneficios médicos mayores al Centro Médico de Marana para servicios rendidos. Reconozco que mi responsabilidad de pagar por el tratamiento según los honorarios establecidos.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo y acepto las condiciones y las políticas indicaron arriba.

---

Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal

Fecha



## Consentimiento para el Tratamiento y la Nota de Privacidad Dental

El Nombre paciente (letra de molde) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completo la forma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Indica la Relación al Paciente:  Soy el Paciente  El Padre  Abuelo del Paciente  Otro

Guardián Legal del Paciente  Representante Legal de Padre \_\_\_\_\_

Los Guardianes legales son requeridos a presentar documentación legal que demuestra autorización para hacer las decisiones médico/dentales para un menor o adulto dependiente o incompetente.

Los abuelos, Representantes de Padre y otros son requeridos a haber escrito autorización para aprobar tratamiento para un niño secundario. Nosotros también requerimos un número de teléfono a alcanzar al padre. El padre de vigilancia debe firmar y debe fechar la carta por la fecha de servicio y debe incluir el nombre de la persona que acompaña al menor. Una fotocopia de un cojinete aceptable de firma identificación (Conductores Licencian) del padre y la carta que contienen la información apropiada puede ser utilizado.

Consiento en diagnosticar radiografías, el examen, planificación de tratamiento, así como todo el tratamiento dental necesario para corregir las condiciones dentales diagnosticadas por el dentista. Yo también consiento al uso de anestésicos dentales y más radiografías de diagnóstico que pueden ser necesarios para completar exitosamente mi tratamiento dental.

Reconozco que este consentimiento es dado sólo después de que las opciones de plan de tratamiento con riesgos y beneficios asociados me hayan sido explicadas por el dentista o su personal. Este consentimiento se quedará vigente a menos que el paciente, el padre o renuncios legales de guardián consientan por escrito al dentista.

Reconozco que mi responsabilidad de pagar por el tratamiento según los honorarios establecidos.

### La Nota de Privacidad

firmando esta forma, yo consiento al uso del Centro Médico de Marana y la revelación de mi Información Protegida de la Salud, inclusive información relacionada al cuidado psiquiátrico, a abuso de droga y alcohol, a las HIV/El Sida, y al uso de E-prescribiendo para obtener mi historia de medicina, para el propósito de llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago y asistencia sanitaria. He sido proporcionado o he sido ofrecido una copia de Declaración de Intimidad de Centro Médico de Marana.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha