



Janus Dentistry

SOBRE USTED

Fecha: _____ ¿Quiere recordatorios por e-mail? Si No E-mail: _____

Nombre: _____ Apellido nombre _____ Mujer Hombre

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad: _____ NSS#: _____ Soltera/o Casada/o Divorciada/o Viuda/o Niña/o

Dirección: _____ Calle Ciudad Estado Zip

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____ DL#: _____

¿A qué hora lo podemos contactar? _____ ¿Cómo supo de nosotros? _____

Lugar de trabajo: _____ ¿Tiempo trabajando ahí? _____ Ocupación: _____

Persona responsable de la cuenta si no es el mismo (Padre/Tutor legal)

Nombre: _____ Relación: _____ Numero telefónico: (____) _____ SSN#: _____

Lugar de trabajo: _____ No. de trabajo: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____ Calle Ciudad Estado Zip

INFORMACION DE SU ESPOSO/A

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ SSN#: _____

Lugar de Trabajo: _____ No. de Teléfono #: (____) _____ Ext.: _____

INFORMACION DE SEGURO

Seguro Principal ¿Cobertura médica? Si No ¿Cobertura dental? Si No

Nombre de Compañía: _____ No. de teléfono #: (____) _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ SSN#: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Relación: _____ Lugar de trabajo del asegurado: _____

Dirección de trabajo (si es diferente a la de arriba): _____ Calle Ciudad Estado Zip

HISTORIA DENTAL

¿Por qué ha venido usted al dentista? _____ ¿Alguna vez ha tenido enfermedad periodontal? Si No

_____ ¿Tiene movilidad en sus dientes? Si No

¿Tiene dolor dental? Si No ¿Son sus dientes sensibles al frio, caliente o algo más? _____

¿Necesita antibióticos antes de tratamiento dental? Si No ¿Todavía tiene las muelas de juicio? Si No

¿Ha experimentado problemas asociados a algún tratamiento dental anteriormente? Si No ¿Tiene algún relleno suelto? Si No

_____ ¿Le gustaría tener su aliento más fresco? Si No

HISTORIA MEDICA

<p>¿Tiene un médico personal? Si No</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Numero #:() _____ Ultima visita ___/___/___</p> <p>Su estado actual de salud es: _____</p> <p>¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un medico? Si No</p> <p>Por favor explique: _____</p> <p>¿Usted fuma o usa tabaco de alguna otra forma? Si No</p>	<p>¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Si No Aspirina</td> <td>Si No Metales/Joyas</td> </tr> <tr> <td>Si No Barbitúricos</td> <td>Si No Látex</td> </tr> <tr> <td>Si No Codeína</td> <td>Si No Penicilina</td> </tr> <tr> <td>Si No Anestésicos dentales</td> <td>Si No Sedativos</td> </tr> <tr> <td>Si No Eritromicina</td> <td>Si No Solfas</td> </tr> </table> <p>Por favor liste drogas/materiales adicionales que le causen reacciones alérgicas: _____</p>	Si No Aspirina	Si No Metales/Joyas	Si No Barbitúricos	Si No Látex	Si No Codeína	Si No Penicilina	Si No Anestésicos dentales	Si No Sedativos	Si No Eritromicina	Si No Solfas																																						
Si No Aspirina	Si No Metales/Joyas																																																
Si No Barbitúricos	Si No Látex																																																
Si No Codeína	Si No Penicilina																																																
Si No Anestésicos dentales	Si No Sedativos																																																
Si No Eritromicina	Si No Solfas																																																
<p>Para mujeres: ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Si No</p> <p>¿Está embarazada? Si No No estoy segura _____</p> <p>Semanas# _____ ¿Esta lactando? Si No</p>																																																	
<p>¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos?</p>																																																	
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Si No Acetaminofeno</td> <td>Si No Anticoagulantes</td> <td>Si No Insulina/Diabetes</td> <td>Si No Medicina p/ tiroides</td> </tr> <tr> <td>Si No Antibióticos</td> <td>Si No Medicamentos p/la presión</td> <td>Si No Nitroglicerina</td> <td>Si No Tranquilizante</td> </tr> <tr> <td>Si No Antihistamínicos</td> <td>Si No Remedios para resfriado</td> <td>Si No Drogas Recreacionales</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si No Aspirina</td> <td>Si No Medicinas p/el corazón</td> <td>Si No Esteroides/cortisona</td> <td></td> </tr> </table>		Si No Acetaminofeno	Si No Anticoagulantes	Si No Insulina/Diabetes	Si No Medicina p/ tiroides	Si No Antibióticos	Si No Medicamentos p/la presión	Si No Nitroglicerina	Si No Tranquilizante	Si No Antihistamínicos	Si No Remedios para resfriado	Si No Drogas Recreacionales		Si No Aspirina	Si No Medicinas p/el corazón	Si No Esteroides/cortisona																																	
Si No Acetaminofeno	Si No Anticoagulantes	Si No Insulina/Diabetes	Si No Medicina p/ tiroides																																														
Si No Antibióticos	Si No Medicamentos p/la presión	Si No Nitroglicerina	Si No Tranquilizante																																														
Si No Antihistamínicos	Si No Remedios para resfriado	Si No Drogas Recreacionales																																															
Si No Aspirina	Si No Medicinas p/el corazón	Si No Esteroides/cortisona																																															
<p>¿Está tomando cualquier prescripción, medicamentos que obtuvo sin receta, remedios a base de hierbas, vitaminas o minerales no mencionados anteriormente? Si No En caso afirmativo, por favor indique cada uno: _____</p>																																																	
<p>¿A usted experimentado alguno de los siguientes?</p>																																																	
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Si No Sangrado anormal</td> <td>Si No Dificultad al respirar</td> <td>Si No Dolor de cabeza</td> <td>Si No Problemas psiquiátricos</td> </tr> <tr> <td>Si No Abuso de alcohol</td> <td>Si No Abuso de drogas</td> <td>Si No Herpes</td> <td>Si No Radiación</td> </tr> <tr> <td>Si No Anemia</td> <td>Si No Enfisema</td> <td>Si No Hepatitis _____</td> <td>Si No Convulsiones</td> </tr> <tr> <td>Si No Artritis</td> <td>Si No Epilepsia</td> <td>Si No Alta Presión</td> <td>Si No Enfermedad Venérea</td> </tr> <tr> <td>Si No Huesos artificiales</td> <td>Si No Desmayos</td> <td>Si No HIV/AIDS</td> <td>Si No Células falciformes</td> </tr> <tr> <td>Si No Asma</td> <td>Si No Ampollas de fiebre</td> <td>Si No Problemas de riñones</td> <td>Si No Sinusitis</td> </tr> <tr> <td>Si No Transfusión de sangre</td> <td>Si No Glaucoma</td> <td>Si No Enfermedades d/ hígado</td> <td>Si No Problema de esteroides</td> </tr> <tr> <td>Si No Cáncer</td> <td>Si No Fiebre de heno</td> <td>Si No Baja Presión</td> <td>Si No Infarto cerebral</td> </tr> <tr> <td>Si No Quimioterapia</td> <td>Si No Ataque del corazón</td> <td>Si No Lupus</td> <td>Si No Problemas d/ tiroides</td> </tr> <tr> <td>Si No Varicela</td> <td>Si No Soplo en el corazón</td> <td>Si No Prolapso de válvula mitral</td> <td>Si No Amigdalitis</td> </tr> <tr> <td>Si No Colitis</td> <td>Si No Cirugía cardiaca</td> <td>Si No Marcapasos</td> <td>Si No Tuberculosis(TB)</td> </tr> <tr> <td>Si No Defecto congénito corazón</td> <td>Si No Hemofilia</td> <td>Si No Tos Persistente</td> <td>Si No Herpes de adulto</td> </tr> </table>		Si No Sangrado anormal	Si No Dificultad al respirar	Si No Dolor de cabeza	Si No Problemas psiquiátricos	Si No Abuso de alcohol	Si No Abuso de drogas	Si No Herpes	Si No Radiación	Si No Anemia	Si No Enfisema	Si No Hepatitis _____	Si No Convulsiones	Si No Artritis	Si No Epilepsia	Si No Alta Presión	Si No Enfermedad Venérea	Si No Huesos artificiales	Si No Desmayos	Si No HIV/AIDS	Si No Células falciformes	Si No Asma	Si No Ampollas de fiebre	Si No Problemas de riñones	Si No Sinusitis	Si No Transfusión de sangre	Si No Glaucoma	Si No Enfermedades d/ hígado	Si No Problema de esteroides	Si No Cáncer	Si No Fiebre de heno	Si No Baja Presión	Si No Infarto cerebral	Si No Quimioterapia	Si No Ataque del corazón	Si No Lupus	Si No Problemas d/ tiroides	Si No Varicela	Si No Soplo en el corazón	Si No Prolapso de válvula mitral	Si No Amigdalitis	Si No Colitis	Si No Cirugía cardiaca	Si No Marcapasos	Si No Tuberculosis(TB)	Si No Defecto congénito corazón	Si No Hemofilia	Si No Tos Persistente	Si No Herpes de adulto
Si No Sangrado anormal	Si No Dificultad al respirar	Si No Dolor de cabeza	Si No Problemas psiquiátricos																																														
Si No Abuso de alcohol	Si No Abuso de drogas	Si No Herpes	Si No Radiación																																														
Si No Anemia	Si No Enfisema	Si No Hepatitis _____	Si No Convulsiones																																														
Si No Artritis	Si No Epilepsia	Si No Alta Presión	Si No Enfermedad Venérea																																														
Si No Huesos artificiales	Si No Desmayos	Si No HIV/AIDS	Si No Células falciformes																																														
Si No Asma	Si No Ampollas de fiebre	Si No Problemas de riñones	Si No Sinusitis																																														
Si No Transfusión de sangre	Si No Glaucoma	Si No Enfermedades d/ hígado	Si No Problema de esteroides																																														
Si No Cáncer	Si No Fiebre de heno	Si No Baja Presión	Si No Infarto cerebral																																														
Si No Quimioterapia	Si No Ataque del corazón	Si No Lupus	Si No Problemas d/ tiroides																																														
Si No Varicela	Si No Soplo en el corazón	Si No Prolapso de válvula mitral	Si No Amigdalitis																																														
Si No Colitis	Si No Cirugía cardiaca	Si No Marcapasos	Si No Tuberculosis(TB)																																														
Si No Defecto congénito corazón	Si No Hemofilia	Si No Tos Persistente	Si No Herpes de adulto																																														
<p>Por favor indique cualquier condición medica que ha experimentado: _____</p>																																																	

AUTORIZACIONES

<p>Afirmo que la información que tengo es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Se llevara a cabo en la forma más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado de salud. Autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales que sean necesarios. Mi forma de pago sera _____.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma Fecha</p>	<p>Certifico que estoy cubierto/a por la compañía de seguro _____ y me asignaron directamente a Dr. _____ todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados y también responsable de pagar cualquier copago, deducible y cualquier servicio que mi seguro no cubre. Autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para asegurar los beneficios de pago. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones de seguro ya sea manual o electrónico.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma Fecha</p>
<p>EL PAGO SE DEBE EL DIA DE LOS SERVICIOS DENTALES</p> <p>Nuestra oficina esta compatible con HIPPA y se ha comprometido a cumplir o superar los estándares de control de la infección por mandato de la OSHA, el CDC y la ADA.</p>	